



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Ο ΓΟΝΕΪΚΟΣ ΔΕΣΜΟΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΝ  
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΣΤΑΣΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΜΗ ΚΛΙΝΙΚΟ  
ΔΕΙΓΜΑ»**

**Ονοματεπώνυμο μεταπτ. φοιτήτριας: ΒΡΑΤΣΙΝΗ ΝΑΥΣΙΚΑ**

**Συντονίστρια:** Χάιντς Έλενα

**Μέλη τριμελούς:**

Κλεφτάρας Γεώργιος, Καθηγητής (Επιβλέπων)

Βλάχου Αναστασία, Καθηγήτρια

Αβραμίδης Ηλίας, Επίκουρος Καθηγητής

**ΒΟΛΟΣ, Φεβρουάριος 2017**

## Υπεύθυνη Δήλωση περί μη λογοκλοπής

Η **Βρατσίνη Ναυσικά**, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «**Ο γονεϊκός δεσμός και η σχέση του με την εικόνα του σώματος και την προβληματική στάση ως προς τις διατροφικές συνήθειες σε μη κλινικό δείγμα**», αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή / και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

ΒΡΑΤΣΙΝΗ ΝΑΥΣΙΚΑ

## Σύντομη Περίληψη

Ο τύπος του γονεϊκού δεσμού έχει συνδεθεί στη βιβλιογραφία με την υγιή ή μη υγιή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του ατόμου και την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας. Πιο συγκεκριμένα, ο τύπος δεσμού που χαρακτηρίζεται από χαμηλή φροντίδα και υψηλή υπερπροστασία και έλεγχο συνδέεται με την παρουσία διαταραχών λήψης τροφής και δυσαρέσκειας από την εικόνα του σώματος. Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθεί η συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων του γονεϊκού δεσμού (φροντίδα, υπερπροστασία ή έλεγχος) με τις διαστάσεις της εικόνας του σώματος και την προβληματική στάση ως προς τις διατροφικές συνήθειες. Στην παρούσα έρευνα, ερευνήθηκαν τα παραπάνω σε ένα μη κλινικό δείγμα (N=165) ανδρών και γυναικών ηλικίας 18 έως 52 ετών. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το όργανο μέτρησης για τις διαστάσεις του γονεϊκού δεσμού, (φροντίδα, υπερπροστασία ή έλεγχος) (Parental Bonding Instrument), ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για την αξιολόγηση της σχέσης με το σώμα τους (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire) και ένα ερωτηματολόγιο για τη στάση ως προς τις διατροφικές τους συνήθειες (Eating Attitudes Test-26). Τα αποτελέσματα βρέθηκαν να επιβεβαιώνουν προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα που παρουσιάζουν την γονική υπερπροστασία και τον έλεγχο ως παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη δυσαρέσκειας από την εικόνα του σώματος και την ανάπτυξη διαταραγμένων διατροφικών στάσεων.

*Λέξεις Κλειδιά:* Γονεϊκός Δεσμός, Εικόνα Σώματος, Διατροφικές Διαταραχές.

## Σύντομη Περίληψη στα Αγγλικά

The type of the parental bond has been connected with the healthy or unhealthy psychosocial human adjustment and the presence of psychopathology. The type of the parental bond which is characterized by low care and high overprotection or control has been associated with the presence of eating disorder symptoms and dissatisfaction of the body image and its dimensions. In this current study we examined the scales of the parental bond (care and overprotection or control) in relation with the dimensions of body image and the satisfaction that individuals feel about their body, as well as the presence of eating disorders symptoms. In the present study we examined individuals between the ages of 18 up to 52 years old, for both men and women. The participants complemented three different psychometric tools; a) Parental Bonding Instrument (PBI), b) Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ), c) Eating Attitudes Test-26 (EAT-26). The results of the research are in accordance with previous researches which advocate the role of the parental overprotection and parental control as a risk factor for the appearance of eating disorders and body dissatisfaction.

*Key Words:* Parental Bonding, Body Image, Eating Disorders.

## Εκτενής Περίληψη

Η θεωρία του δεσμού ή προσκόλλησης έχει απασχολήσει και απασχολεί ακόμα, μεγάλο πλήθος της ερευνητικής κοινότητας των ειδικών ψυχικής υγείας καθώς συνδέεται με όλα τα στάδια της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του ανθρώπου. Πληθώρα ερευνών έχουν συνδέσει τη θεωρία προσκόλλησης του John Bowlby με πολλές και διαφορετικές διαστάσεις της ανθρώπινης ύπαρξης και πιο συγκεκριμένα με τις συμπεριφορές, τα κίνητρα, την αλληλεπίδραση και το «σχετίζεσθαι» με τους σημαντικούς άλλους καθώς και με την ψυχική υγεία του ατόμου. Σύμφωνα λοιπόν με την θεωρία του J. Bowlby, η ποιότητα δεσμού που έχει αναπτύξει το άτομο στα πρώτα χρόνια της ζωής του με το πρόσωπο φροντίδας, επηρεάζει τον τρόπο που βλέπει τον εαυτό του τόσο κατά τη διάρκεια της βρεφικής και παιδικής ηλικίας, όσο και αργότερα στην ενήλικη ζωή του. Πιο συγκεκριμένα, παιδιά που βίωσαν την εγκατάλειψη ή την έλλειψη φροντίδας από την μία ή τον αυστηρό έλεγχο από την άλλη, επαναλάμβαναν δυσλειτουργικά μοτίβα συμπεριφοράς και στην ενήλικη ζωή τους. Συνεπώς, ο γονεϊκός δεσμός και η ποιότητά του, επηρεάζει την ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του ατόμου. Ανάλογα με την ποιότητα του γονεϊκού δεσμού, ο γονεϊκός δεσμός μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας ή ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών. Έρευνες έχουν αποδείξει την συνύπαρξη ενός υπερπροστατευτικού και ελεγκτικού γονεϊκού τύπου δεσμού με τη δυσaréσκεια της εικόνας του σώματος καθώς και με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής όπως η ψυχογενής ανορεξία, η βουλιμία και τα επεισόδια υπερφαγίας. Πιο συγκεκριμένα, πληθώρα ερευνών έχουν ισχυριστεί πως άτομα που έχουν μεγαλώσει σε υπερπροστατευτικά περιβάλλοντα με αυστηρό έλεγχο και ελλιπή φροντίδα τείνουν να παρουσιάζουν δυσaréσκεια από τα σωματικά τους χαρακτηριστικά ενώ ταυτόχρονα εμφανίζουν συμπτώματα διαταραχών πρόσληψης τροφής. Με βάση αυτά τα ερευνητικά δεδομένα διενεργήθηκε η παρούσα έρευνα με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των διαστάσεων του γονεϊκού δεσμού, δηλαδή της φροντίδας και της υπερπροστασίας/έλεγχου με τις διαστάσεις της εικόνας του σώματος και με την ύπαρξη ή μη, συμπεριφορών που δείχνουν συμπτωματολογία διαταραχών πρόσληψης τροφής. Στο δείγμα της έρευνας συμμετείχαν 165 άτομα, ανδρικού και γυναικείου φύλου ηλικίας μεταξύ 18 και 52 ετών. Χορηγήθηκαν τρία διαφορετικά ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. α) Όργανο μέτρησης γονεϊκού δεσμού (Parental Bonding Instrument- PBI) β) Πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για τη σχέση με το σώμα (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire- MBSRQ) γ) Ερωτηματολόγιο Διατροφικών Συνηθειών (Eating Attitudes Test, EAT-26). Η συμμετοχή στην έρευνα και των δύο φύλων δίνει τη δυνατότητα να πραγματοποιηθούν συγκρίσεις μεταξύ των δύο φύλων, καθώς υπάρχει αρκετά μεγάλο κενό στη βιβλιογραφία όσον αφορά τον ανδρικό πληθυσμό στο συγκεκριμένο ερευνητικό πεδίο. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως η πατρική υπερπροστασία/έλεγχος σχετίζεται με την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής. Επίσης, η πατρική υπερπροστασία/έλεγχος συσχετίστηκε με κάποιο βαθμό δυσaréσκειας από την εικόνα του σώματος και με την εμμονή με το χαμηλό σωματικό βάρος. Τόσο η μητρική όσο και η πατρική υπερπροστασία /έλεγχος συσχετίστηκαν όσον αφορά στις διαστάσεις της εικόνας του σώματος με την εμμονή στην ενασχόληση των σωματικών συμπτωμάτων και την υγεία. Όσον αφορά στις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, οι γυναίκες παρουσίασαν μία μεγαλύτερη ενασχόληση με την εξωτερική τους εμφάνιση και μεγαλύτερη εμμονή με το χαμηλό σωματικό βάρος, ενώ οι άνδρες φάνηκε να παρουσιάζουν μεγαλύτερη ανάγκη να

διαθέτουν μία καλή φυσική κατάσταση σε σχέση με τις γυναίκες. Τέλος, η ηλικία δεν έδειξε να παίζει σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση από τις διαστάσεις της εικόνας του σώματος και στην εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής. Η παρούσα έρευνα επιβεβαίωσε σε μεγάλο βαθμό την βιβλιογραφία η οποία συνδέει τη γονεϊκή υπερπροστασία και τον αυστηρό έλεγχο με την ανάπτυξη δυσαρέσκειας από την εικόνα του σώματος και τις διαταραγμένες στάσεις ως προς τις διατροφικές συνήθειες. Οι παραπάνω πληροφορίες που αντλήθηκαν από την παρούσα έρευνα δίνουν πολύτιμη γνώση για το ρόλο της οικογένειας στην πρόληψη αλλά και θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής αλλά και στη θεραπεία των γνωστικών διαστρεβλώσεων που έχει υιοθετήσει το άτομο όσον αφορά στην εικόνα του σώματος. Επιπλέον, στην εφαρμοσμένη συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία δίνεται πολύτιμη γνώση στο πώς οι ειδικοί μπορούν να προσεγγίσουν το ζήτημα και από μία συστημική οπτική, με τη συμμετοχή ολόκληρης της οικογένειας με τελικό στόχο τη θεραπεία.

## Πίνακας Περιεχομένων

### Εισαγωγή

### Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> : Εννοιολογικές προσεγγίσεις και βιβλιογραφική ανασκόπηση

|                          |                                                                                      |    |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>1.1</b>               | Εννοιολογικές προσεγγίσεις.....                                                      | 4  |
| <b>1.1.1</b>             | Γονεϊκός Δεσμός.....                                                                 | 4  |
| <b>1.1.2</b>             | Τύποι Προσκόλλησης.....                                                              | 6  |
| <b>1.1.3</b>             | Εικόνα του Σώματος.....                                                              | 10 |
| <b>1.1.4</b>             | Διατροφικές Διαταραχές.....                                                          | 16 |
| <b>1.1.5</b>             | Ψυχογενής Ανορεξία.....                                                              | 16 |
| <b>1.1.5<sup>a</sup></b> | Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM 5 για την Ψυχογενή Ανορεξία.....                       | 16 |
| <b>1.1.5<sup>b</sup></b> | Αιτιολογία.....                                                                      | 17 |
| <b>1.1.6</b>             | Ψυχογενής Βουλιμία .....                                                             | 18 |
| <b>1.1.6<sup>a</sup></b> | Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM 5 για την Ψυχογενή Βουλιμία.....                       | 18 |
| <b>1.1.6<sup>b</sup></b> | Αιτιολογία.....                                                                      | 19 |
| <b>1.1.7</b>             | Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας.....                                               | 19 |
| <b>1.1.7<sup>a</sup></b> | Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM 5 για τη Διαταραχή της Επεισοδιακής<br>Υπερφαγίας..... | 19 |
| <b>1.1.7<sup>b</sup></b> | Αιτιολογία.....                                                                      | 20 |
| <b>1.2</b>               | Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....                                                        | 21 |
| <b>1.2.1</b>             | Γονεϊκός Δεσμός και η Εικόνα του Σώματος.....                                        | 21 |
| <b>1.2.2</b>             | Γονεϊκός Δεσμός και οι Διατροφικές Διαταραχές.....                                   | 24 |
| <b>1.3</b>               | Ερευνητικές Υποθέσεις.....                                                           | 27 |

## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> : Μεθοδολογία**

|              |                                                                                                          |    |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>2.1</b>   | Δείγμα.....                                                                                              | 28 |
| <b>2.2</b>   | Ψυχομετρικά Εργαλεία.....                                                                                | 31 |
| <b>2.2.1</b> | Όργανο Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (Περιγραφή, Ψυχομετρικά Χαρακτηριστικά).....                             | 31 |
| <b>2.2.2</b> | Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της Εικόνας Σώματος (Περιγραφή, Ψυχομετρικά Χαρακτηριστικά)..... | 33 |
| <b>2.2.3</b> | Ερωτηματολόγιο Διατροφικών Συνηθειών (Περιγραφή, Ψυχομετρικά Χαρακτηριστικά).....                        | 36 |
| <b>2.3</b>   | Διαδικασία - Συλλογή των δεδομένων της έρευνας .....                                                     | 37 |

## **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> : Αποτελέσματα**

|              |                                                                                                                                                           |    |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>3.1</b>   | Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων.....                                                                                                                           | 39 |
| <b>3.2</b>   | Παραγοντικές αναλύσεις.....                                                                                                                               | 39 |
| <b>3.2.1</b> | Παραγοντική ανάλυση Ερωτηματολογίου Αυτοαναφοράς για την Αξιολόγηση της Εικόνας Σώματος.....                                                              | 40 |
| <b>3.2.2</b> | Παραγοντική ανάλυση Ερωτηματολογίου Στάσεων ως προς τις Διατροφικές Συνήθειες.....                                                                        | 42 |
| <b>3.3</b>   | Δείκτης αξιοπιστίας Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού.....                                                                                                 | 43 |
| <b>3.4</b>   | Σχέση Μητρικής και Πατρικής Φροντίδας Και Υπερπροστασίας με τις διαστάσεις της Εικόνας του Σώματος και των Στάσεων ως προς τις Διατροφικές Συνήθειες..... | 44 |
| <b>3.4.1</b> | Σχέση Μητρικής και Πατρικής Φροντίδας και Υπερπροστασίας/Ελέγχου με τις διαστάσεις της Εικόνας του Σώματος.....                                           | 45 |
| <b>3.4.2</b> | Σχέση Μητρικής και Πατρικής Φροντίδας και Υπερπροστασίας/Ελέγχου με τις Στάσεις ως προς τις Διατροφικές Συνήθειες.....                                    | 48 |



|              |                                                                                                                                            |    |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>3.4.3</b> | Σχέση Τύπου Γονεϊκού Δεσμού με τις Διατροφικές Διαταραχές.....                                                                             | 49 |
| <b>3.5</b>   | Συγκρίσεις μέσων όρων των διαστάσεων της Εικόνας του Σώματος και των<br>Στάσεων ως προς τις Διατροφικές Συνήθειες σε σχέση με το Φύλο..... | 50 |

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Συζήτηση**

|            |                                                          |    |
|------------|----------------------------------------------------------|----|
| <b>4.1</b> | Συμπεράσματα.....                                        | 52 |
| <b>4.2</b> | Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για το μέλλον..... | 58 |

## **Βιβλιογραφικές αναφορές**

## **Παράρτημα**

## Εισαγωγή

Η θεωρία του δεσμού ή προσκόλλησης έχει απασχολήσει και απασχολεί ακόμα, μεγάλο πλήθος της ερευνητικής κοινότητας των ειδικών ψυχικής υγείας καθώς συνδέεται με όλα τα στάδια της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του ανθρώπου. Πληθώρα ερευνών έχουν συνδέσει τη θεωρία προσκόλλησης του John Bowlby με πολλές και διαφορετικές διαστάσεις της ανθρώπινης ύπαρξης και πιο συγκεκριμένα με τις συμπεριφορές, τα κίνητρα, την αλληλεπίδραση και το «σχετίζεσθαι» με τους σημαντικούς άλλους καθώς και με την ψυχική υγεία του ατόμου.

Σύμφωνα λοιπόν με την παραπάνω θεωρία του J. Bowlby, η ποιότητα δεσμού που έχει αναπτύξει το άτομο στα πρώτα χρόνια της ζωής του με το πρόσωπο φροντίδας επηρεάζει τον τρόπο που βλέπει τον εαυτό του τόσο κατά τη διάρκεια της βρεφικής και παιδικής ηλικίας όσο και αργότερα στην ενήλικη ζωή του (Bowlby, 1980). Επιπλέον, παιδιά που βίωσαν στην ευαίσθητη και κρίσιμη περίοδο της παιδική ηλικίας την εγκατάλειψη, την απουσία αγάπης ή παιδιά τα οποία δέχτηκαν υπερβολικό έλεγχο, επαναλάμβαναν το ανασφαλές μοτίβο και στην ενήλικη ζωή τους μέσα από δυσλειτουργικά μοτίβα συμπεριφορών. Συνεπώς, είναι κρίσιμο να μελετηθούν ερευνητικά, συμπεριφορές που πιθανότατα να σχετίζονται με την ποιότητα και το είδος του δεσμού που έχει αναπτυχθεί κατά την παιδική ηλικία συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στην γνώση για την ανάπτυξη των μεθόδων της εκάστοτε ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης αλλά και στη γνώση όσον αφορά στο ρόλο που διαδραματίζει και η οικογένεια στην πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

Προηγούμενες έρευνες έχουν συνδέσει το ρόλο της οικογένειας με διάφορες μορφές ψυχικών διαταραχών μέρος των οποίων είναι και οι διαταραχές πρόσληψης τροφής. Η προβληματική της παρούσας έρευνας στοχεύει στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ποιότητας του γονεϊκού δεσμού που έχει αναπτύξει το άτομο στα πρώτα χρόνια της ζωής του με την υγιή ή μη στάση απέναντι στις διατροφικές του συνήθειες καθώς και με το βαθμό ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος. Η εικόνα σώματος αποτελεί μία μεταβλητή η οποία στις πιο σύγχρονες έρευνες μελετάται πλάι στις διαταραχές πρόσληψης τροφής και συνεπώς κρίθηκε σκόπιμο να μελετηθεί και

αυτή η εικόνα του σώματος στην παρούσα έρευνα καθώς συχνά αποτελεί μία μεταβλητή που μεσολαβεί και αποτελεί συχνά πρόδρομο των διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Η ποιότητα δεσμού διαδραματίζει βασικό ρόλο στην εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής και στη δυσαρέσκεια από την εικόνα του σώματος όπως κατέδειξε και η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Πιο συγκεκριμένα, η απουσία φροντίδας και η έντονη υπερπροστατευτικότητα και επιβολή ελέγχου στο παιδί από την πλευρά των γονέων έχει συνδεθεί με την εμφάνιση διαταραχών στην πρόσληψη τροφής όπως η νευρογενής βουλιμία, η νευρογενής ανορεξία και η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (Deas, Power, Collin, Yellowlees & Grierson, 2011. Fujimori et al. 2011. Brown, Selth, Stretton & Simpson, 2011. McEwen & Flouri, 2009) καθώς και με την μη ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος (Miles-Mclean, Liss & Erchull, 2014).

Ωστόσο, ελάχιστες έρευνες έχουν μελετήσει και τις δύο μεταβλητές των διατροφικών συνηθειών και της εικόνας σώματος σε σχέση με το γονεϊκό δεσμό, με τη δεύτερη να υστερεί αισθητά η συμπερίληψή της στα ερευνητικά δεδομένα ενώ οι πληθυσμιακές ομάδες που παραδοσιακά μελετώνται είναι γυναίκες που βρίσκονται ηλικιακά στα πρώτα χρόνια της νεανικής ηλικίας και σπουδάζουν σε κάποιο πανεπιστήμιο ή κολλέγιο. Οι λόγοι που μπορεί να συμβαίνει αυτό είναι γιατί οι γυναίκες εμφανίζουν σε αρκετά μεγαλύτερο ποσοστό κάποια διαταραχή στην πρόσληψη τροφής και μεγαλύτερη δυσαρέσκεια από την εικόνα σώματος ενώ οι ερευνητές από την άλλη έχουν ευκολότερη πρόσβαση σε δείγματα που προέρχονται από πανεπιστημιακές κοινότητες. Ωστόσο, νέα ευρήματα ερευνών δείχνουν πως μετά τη δεκαετία του '90 τόσο οι γυναίκες όσο και οι άντρες παρουσιάζουν μία αυξανόμενη δυσαρέσκεια από την εικόνα του σώματος, ενώ σε σχέση με την ηλικία των ατόμων, οι έρευνες δείχνουν πως η δυσαρέσκεια στην εικόνα του σώματος παραμένει σταθερή μεταξύ και των ηλικιών 16-60 (Cash & Smolak, 2011). Συνεπώς, για τους παραπάνω λόγους συμπεριλήφθησαν και τα δύο φύλα στην παρούσα έρευνα ενώ η ηλικιακή ομάδα που ερευνήθηκε είχε μεγαλύτερο εύρος από αυτό που συνήθως παρουσιάζεται στη βιβλιογραφία, και αποτελείται από άτομα μεταξύ 18 και 52 ετών.

Η παρούσα εργασία διαρθρώνεται σε τέσσερα κεφάλαια, εκ των οποίων στο πρώτο πραγματοποιείται μια πρώτη επαφή του αναγνώστη με τις έννοιες και τις

μεταβλητές που πραγματεύεται η έρευνα, παραθέτοντας ορισμούς και άλλες πληροφορίες, που πιθανά να φανούν χρήσιμες στην κατανόηση των εννοιών για τη συνέχεια. Στη συνέχεια ακολουθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση των συσχετίσεων των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται, όπως αυτές παρατίθενται σε προγενέστερες έρευνες. Στο τέλος του κεφαλαίου διατυπώνονται οι ερευνητικές υποθέσεις, βάσει των οποίων εφαρμόζεται και η μεθοδολογία της έρευνας. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία, όπου περιγράφονται αναλυτικά οι ερευνητικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν, ο τρόπος και η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, τα χαρακτηριστικά του δείγματός, καθώς και τα ψυχομετρικά εργαλεία με τα οποία συλλέχθηκαν τα δεδομένα. Το τρίτο κεφάλαιο εμπεριέχει όλα τα βήματα που ακολουθήθηκαν για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων, με τις απαραίτητες αναλύσεις. Στο τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται όλα τα συμπεράσματα της έρευνας, όπου επιβεβαιώνονται ή απορρίπτονται οι υποθέσεις μας, ενώ συγκρίνονται τα αποτελέσματα της έρευνας και με τα πορίσματα των άλλων ερευνών. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά και στους περιορισμούς της έρευνας. Τέλος, γίνονται προτάσεις για το πώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν αυτά τα ευρήματα στις επαγγελματικές πρακτικές της συμβουλευτικής και της ψυχοθεραπείας, αλλά και προτάσεις για μελλοντικές έρευνες βάσει του θέματος που μελετήθηκε.

# **Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> Εννοιολογικές προσεγγίσεις και βιβλιογραφική ανασκόπηση**

## **1.1 Εννοιολογικές Προσεγγίσεις**

Στο παρόν κεφάλαιο κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούμε στους ορισμούς των εννοιών που πραγματεύεται η παρούσα έρευνα για την καλύτερη κατανόηση του αναγνώστη. Συνεπώς θα αναφερθούμε πρωτίστως στον ορισμό της ανεξάρτητης μεταβλητής η οποία είναι ο «γονεϊκός δεσμός» και στη συνέχεια θα οριστούν οι εξαρτημένες μεταβλητές της έρευνας που είναι η «εικόνα του σώματος» και οι «διατροφικές διαταραχές».

### **1.1.1 Γονεϊκός Δεσμός**

Η θεωρία δεσμού ή προσκόλλησης όπως είναι η ακριβής μετάφραση του όρου: «attachment theory» έχει εισαχθεί στο χώρο των επιστημών συμπεριφοράς από τον βρετανό ψυχαναλυτή John Bowlby (1907-1990), πριν 33 χρόνια περίπου (Bowlby, 1980). Η παρούσα θεωρία, κατέχει εξέχουσα θέση στο ερευνητικό πεδίο και έχει απασχολήσει πλήθος ερευνητών και ειδικών ψυχικής υγείας που μελετούν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η θεωρία στη βάση της έχει αντλήσει στοιχεία από τα πεδία της ηθολογίας, της αναπτυξιακής ψυχολογίας, της επεξεργασίας πληροφοριών και της ψυχανάλυσης και αποτελεί μία από κοινού εργασία του John Bowlby και της Mary Ainsworth (Bretherton, 1992).

Σύμφωνα με το έργο του J.Bowlby για τη θεωρία της ανθρώπινης προσαρμογής, η θεωρία της προσκόλλησης αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου (Stevenson-Hinde, 2007). Πιο συγκεκριμένα, ο J. Bowlby όρισε το δεσμό ως: «μία διαρκή και βαθιά ψυχολογική σύνδεση μεταξύ των ανθρώπων» (Bowlby, 1969 σελ 194). Ο δεσμός αυτός, αναφέρεται στη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του παιδιού και του ενήλικα φροντιστή, ο οποίος περιγράφεται ως μεγαλύτερος ηλικιακά και σοφότερος (συνήθως η μητέρα ή ο πατέρας) (Bowlby, 1988. Stevenson-Hinde, 2007). Ο Bowlby αναφερόμενος στο δεσμό έδωσε περισσότερο βάση στη σύναψη μητρικού δεσμού καθώς βιολογικά η μητέρα είναι το πρόσωπο που

θα φροντίσει εξ' αρχής το βρέφος. Ωστόσο δεν απέρριψε το ρόλο του πατέρα καθώς η πατρική φιγούρα ενδυναμώνει τον δεσμό με το βρέφος μέσα από τη συναισθηματική στήριξη που προσφέρει στη μητέρα (Bretherton, 1992).

Η σχέση αυτή μεταξύ γονέα και βρέφους αναπτύσσεται μέσα από τη συναισθηματική και κατάλληλη ανταπόκριση του πρώτου, στις ανάγκες του παιδιού ενώ η φύση και η ποιότητα του δεσμού που τελικά θα αναπτυχθεί καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την ασφαλή βάση της συναισθηματικής διαθεσιμότητας και δεκτικότητας του φροντιστή στις ανάγκες του παιδιού κατά τη βρεφική ηλικία (Shiakou, 2011). Μέσα από αυτήν την αλληλεπίδραση μεταξύ φροντιστή και βρέφους, προκύπτει ο δεσμός σύμφωνα με τον Bowlby (1988) ο οποίος αποτελεί έναν σταθερό και οργανωμένο πυρήνα στην εξέλιξη του ατόμου που δεν χάνεται ποτέ και δύναται να επηρεάσει τις μεταγενέστερες εμπειρίες στη ζωή του ατόμου (Sroufe, 2005). Ο Bowlby ωστόσο, δεν προσεγγίζει τον δεσμό ως κάτι γραμμικό που αυτόνομα μπορεί να καθορίσει την ανάπτυξη του ατόμου. Ο δεσμός προκύπτει μέσα από την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον καθώς επηρεάζει αλλά και επηρεάζεται από αυτό. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρει: «Το αναπτυξιακό μονοπάτι που έχει επιλεγθεί επιστρέφει σε κάθε στάδιο του ταξιδιού, ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης του οργανισμού όπως έχει αναπτυχθεί μέχρι εκείνη τη στιγμή και του περιβάλλοντος στο οποίο βρίσκεται.» (Bowlby, 1973, σελ. 412). Με τον παραπάνω ισχυρισμό ο Bowlby τοποθετείται απέναντι στον δεσμό ως μία δυναμική σχέση με συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον.

Ο δεσμός έχει δυνατές βιολογικές καταβολές και αντιπροσωπεύει δυνατά συναισθήματα. Τα συναισθήματα που προκύπτουν από τη στάση των γονιών απέναντι στο παιδί συνιστούν το δεσμό και αναβιώνονται σε σημαντικές εμπειρίες στη ζωή του ατόμου τόσο κατά την παιδική ηλικία όσο και στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή. Συνεπώς, αναγνωρίζεται η συνέχιση της ύπαρξης του δεσμού καθ' όλη την αναπτυξιακή πορεία του ατόμου (Bowlby, 1988).

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς προσκόλλησης του δεσμού, το οποίο αποτελεί ύψιστης σημασίας κλινικά, ανεξάρτητα από την ηλικία του εμπλεκόμενου, είναι η ένταση του συναισθήματος που τη συνοδεύει και το είδος του συναισθήματος που προκαλείται, αναλόγως την ποιότητα της σχέσης μεταξύ των δύο

εμπλεκόμενων ανθρώπων στο δεσμό. Η ύπαρξη του δεσμού είναι καθολική στους πολιτισμούς και παρέχει μία εξήγηση για το πώς προκύπτει η σχέση γονέα-παιδιού η οποία επηρεάζει τη μελλοντική εξέλιξη και προσαρμογή του ατόμου (Bowlby, 1969). Το είδος του δεσμού που δημιουργείται στο άτομο, εξαρτάται από τις εμπειρίες του μέσα στην οικογένεια από την οποία προέρχεται ή έξω από αυτήν, αν δεν έχει σταθεί τυχερό να ανατραφεί στους κόλπους μιας οικογένειας. Για τους διαφορετικούς τύπους δεσμού όπως έχουν προκύψει από τις πειραματικές μελέτες της M. Ainsworth θα αναφερθούμε παρακάτω (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

Η συμπεριφορά προσκόλλησης του παιδιού και η ανάγκη προσέγγισής του με τη μητέρα- φροντιστή ενεργοποιείται σε καταστάσεις που το παιδί βιώνει φόβο, πόνο ή κούραση ή η μητέρα βρίσκεται σε τέτοιο σημείο που δεν μπορεί να την προσεγγίσει εύκολα. Οι συνθήκες που σταματούν από την άλλη την εκδήλωση της συμπεριφοράς προσκόλλησης ποικίλουν αναλόγως της έντασης της ενεργοποίησης της συμπεριφοράς. Όμως, το να γνωρίζει ένα άτομο ότι υπάρχει κάποιος άλλος διαθέσιμος, έτοιμος να ανταποκριθεί στις ανάγκες της προσκόλλησης, δημιουργεί έντονα συναισθήματα ασφάλειας και σιγουριάς και αυτό με τη σειρά του ενδυναμώνει τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του ατόμου και του φροντιστή δημιουργώντας τελικά αυτό που καλείται «δεσμός» (Bowlby, 1969). Ωστόσο, για την ύπαρξη αυτού του δεσμού και τη δημιουργία μιας ασφαλούς βάσης πρέπει να πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις από μέρους του γονέα. Κανένας γονιός δεν πρόκειται να παρέχει ασφαλή βάση κατά την ανάπτυξη του παιδιού, αν ο ίδιος δεν έχει μία διαισθητική κατανόηση και σεβασμό ως προς την συμπεριφορά προσκόλλησης του παιδιού. Μόνο διαθέτοντας αυτή την κατανόηση και τον σεβασμό, μπορεί να συμπεριφερθεί στο παιδί ως ένα πολύτιμο μέρος της ανθρώπινης φύσης (Bowlby, 1982, 1969. Stevenson-Hinde, 2007).

### **1.1.2 Τύποι Προσκόλλησης**

Σε συνέχιση της θεωρίας του δεσμού και με μία σπουδαίας σημασίας συμβολή στον ορισμό της, προστίθενται οι κλινικές πειραματικές έρευνες της Mary Ainsworth (1978), η οποία εισήγαγε την έννοια της «ασφαλούς βάσης». Σύμφωνα με την Ainsworth το βρέφος χρησιμοποιεί τη μητέρα-φροντιστή ως ασφαλή βάση για την εξερεύνηση του περιβάλλοντος αλλά και την δοκιμασία νέων δεξιοτήτων. Οι παραπάνω

θεωρία βασίστηκε στην πειραματική μελέτη γνωστή ως «συνθήκη με τον ξένο» (strange situation). Σε αυτήν την πειραματική μελέτη παρατηρήθηκαν τέσσερις διαφορετικές συνθήκες σε ένα δωμάτιο παιγνιδιού με δυάδες παιδιού – μητέρας, οι οποίες παρατίθενται ως εξής:

1. Αρχική αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού.
2. Η μητέρα εγκαταλείπει το παιδί μόνο στο δωμάτιο.
3. Ένας φιλικός άγνωστος μπαίνει στο δωμάτιο.
4. Η μητέρα επιστρέφει και χαιρετά το παιδί (Ainsworth, 1978).

Οι παρατηρήσεις στο παραπάνω πείραμα έδειξαν πως ο τύπος της αλληλεπίδρασης του παιδιού με τους γονείς, ο τρόπος δηλαδή που οι γονείς ανταποκρίνονται στις αντιδράσεις του παιδιού, επηρεάζει το πώς βλέπει το παιδί τον εαυτό του αλλά και τις προσδοκίες που έχει από τον εαυτό του. Επίσης, επηρεάζεται ο τρόπος που αλληλεπιδρά με τους γύρω του και το περιβάλλον του. Οι πρώιμες εμπειρίες δεσμού και η ύπαρξη ασφάλειας ή μη στις παραπάνω συνθήκες φαίνεται να επηρεάζει την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης τόσο στον εαυτό όσο και στους άλλους (Ainsworth, 1978). Η Ainsworth, βασίστηκε στις παραπάνω συνθήκες και διατύπωσε τρεις διαφορετικούς τύπους προσκόλλησης. Πιο συγκεκριμένα οι τύποι προσκόλλησης που προκύπτουν είναι οι εξής:

- Η ασφαλής προσκόλληση: Οι γονείς αντιλαμβάνονται τις ανάγκες του παιδιού και ανταποκρίνονται καταλλήλως σε αυτές.
- Η αγχώδης αποφευκτική: Όταν τα παιδιά εκφράζουν ανάγκες και συναισθήματα οι γονείς είτε δεν ανταποκρίνονται άμεσα, είτε ανταποκρίνονται εκφράζοντας δυσαρέσκεια, θυμό και επικριτική στάση απέναντι στις ανάγκες του παιδιού.
- Η αγχώδης αμφιθυμική: Υπάρχει εκ μέρους των γονέων μία ασταθής απαιτητικότητα από τα βρέφη. Οι μητέρες από την άλλη είναι απρόβλεπτες στις αντιδράσεις τους, ενώ συχνά τείνουν να αγνοούν τις απαιτήσεις του βρέφους.

Τα βρέφη αναλόγως τον τύπο προσκόλλησης που έχουν δημιουργήσει εντάσσονται στις παρακάτω κατηγορίες δεσμού:

1. Βρέφη με ασφαλή προσκόλληση τα οποία αποτελούν και το 55-66 % .



2. Βρέφη με ανασφαλή/αποφευκτική προσκόλληση (20-25%).
3. Βρέφη με ανασφαλή/αμφιθυμική προσκόλληση (10-15%).
4. Βρέφη με ανασφαλή αποδιοργανωμένη προσκόλληση (15-20%).

Αναλόγως του τύπου προσκόλλησης που έχει δημιουργήσει κάθε βρέφος παρουσιάζει και την ανάλογη συμπεριφορά. Στην «ασφαλή προσκόλληση» το βρέφος είναι χαρούμενο και εξερευνά με άνεση τον χώρο όταν η μητέρα είναι παρούσα ενώ δυσανασχετεί με την απομάκρυνσή της. Ωστόσο, αισθάνεται ανακούφιση με την επανεμφάνιση της παρουσίας της. Αυτό που χαρακτηρίζει τα βρέφη με ασφαλή δεσμό προσκόλλησης είναι η ενεργητική αλληλεπίδραση με τους γονείς τους, η εμπιστοσύνη που δείχνουν στο πρόσωπό τους όταν είναι λυπημένα και η άνεση που εξερευνούν το περιβάλλον όταν γνωρίζουν που βρίσκονται οι γονείς τους.

Αντίθετα, τα βρέφη που έχουν δημιουργήσει έναν ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης εκδηλώνουν φοβία, άγχος, θυμό ή και αδιαφορία απέναντι στο πρόσωπο φροντίδας, ενώ η επιστροφή του στο δωμάτιο δεν προκαλεί χαρά στο παιδί ενώ μπορεί ακόμα και να αγνοεί την παρουσία του. Ο ανασφαλής τύπος προσκόλλησης διαχωρίζεται σε τρεις κατηγορίες:

- Αγχώδης/αποφευκτική προσκόλληση: σε αυτόν τον τύπο προσκόλλησης τα βρέφη βιώνουν άγχος, θυμό και φόβο όταν ο φροντιστής απομακρύνεται, ωστόσο δεν ηρεμούν με την επιστροφή του. Συχνά δείχνουν συναισθηματικά αδιάφορα απέναντι στους γονείς και δεν δείχνουν προθυμία να εξερευνήσουν το περιβάλλον παρά την παρουσία του φροντιστή.
- Αμφίσημη/με αντίσταση προσκόλληση: στην αμφίσημη/με αντίσταση προσκόλληση, το βρέφος από τη μία αναζητά την παρουσία του φροντιστή και από την άλλη προσπαθεί να τον αποφύγει και τον απομακρύνει.
- Αποδιοργανωμένη προσκόλληση: τα παιδιά που παρουσιάζουν τον συγκεκριμένο τύπο ανασφαλούς προσκόλλησης δεν έχουν μία σταθερή συμπεριφορά απέναντι στον φροντιστή/γονέα. Είναι απρόβλεπτα στις αποκρίσεις τους, ενώ δύσκολα παρηγορούνται όταν είναι αναστατωμένα και βιώνουν έντονο άγχος και σύγχυση απέναντι στο πρόσωπο φροντίδας (Cole & Cole, 2002).

Μία ασφαλής ή ανασφαλής βάση που προκύπτει από τον ανάλογο τύπου δεσμού επηρεάζει το πώς βλέπει τον εαυτό του το άτομο ως βρέφος αλλά και στην πορεία της ζωής του ως ενήλικας. Ένας ασφαλής δεσμός συμβάλλει στην αίσθηση της ύπαρξης μιας ασφαλούς βάσης για το άτομο παρέχοντας έναν προστατευτικό παράγοντα για τη διασφάλιση της φυσιολογικής ψυχικής ωρίμανσής του. Ως απόρροια αυτής της παροχής ασφάλειας ο δεσμός ενισχύεται από το άτομο και εκτιμάται συνεχίζοντας την ύπαρξη αυτού του ισχυρού δεσμού καθ' όλη τη διάρκεια του βίου του. Ο δεσμός καθώς συνοδεύει την ανθρώπινη ύπαρξη σε πολλές πτυχές της, έχει συνδεθεί τόσο με την φυσιολογική ανάπτυξη του ατόμου όσο και με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας κατά τη διάρκεια των αναπτυξιακών σταδίων (Sroufe, 2005).

Οι διάφοροι τύποι προσκόλλησης/δεσμού αντιπροσωπεύουν ορισμένα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς των γονέων που μπορεί να αποδοθούν με τις έννοιες της φροντίδας και της υπερπροστασίας ή ελέγχου, όπως έδειξαν προγενέστερες έρευνες (Raskin, Boothe, Reatig, Schulterbrandt & Odle 1971). Πιο συγκεκριμένα, σε έναν ασφαλή δεσμό ο γονιός είναι δοτικός και φροντιστικός απέναντι στο παιδί, ενώ ταυτόχρονα του επιτρέπει να επιλέγει ελεύθερα και να παίρνει αποφάσεις. Συνεπώς, χαρακτηρίζεται από υψηλή φροντίδα και χαμηλή υπερπροστασία. Ο φροντιστής δηλαδή, έχει επίγνωση της ανάγκης του παιδιού για άνεση και προστασία, αλλά ταυτόχρονα σέβεται την ανάγκη του παιδιού για ανακάλυψη (Bretherton, 2000). Ένας ανασφαλής δεσμός από την άλλη, χαρακτηρίζεται από έλλειψη τρυφερότητας και φροντίδας αλλά ο γονιός κάνει αισθητή την παρουσία του με ένα επικριτικό σχόλιο ή με μία ελεγκτική συμπεριφορά. Ο ανασφαλής αμφιθυμικός δεσμός χαρακτηρίζεται από υπερβολική παρείσφρηση και υπερπροστασία, αλλά το άτομο είναι σε θέση να δικαιολογήσει αυτήν την ελεγκτικότητα στον «βωμό» της φροντίδας καθώς ο γονιός εκφράζει εξίσου με την ελεγκτική συμπεριφορά, τρυφερότητα και φροντίδα στο παιδί. Συνεπώς, το παιδί μπορεί να εισπράττει την υπερπροστασία ως έκφραση αγάπης. Τέλος, απουσία δεσμού παρατηρείται σε παιδιά που είτε μεγάλωσαν χωρίς γονεϊκό πρότυπο (π.χ. παιδιά που μεγάλωσαν σε ιδρύματα) είτε οι γονείς υπήρξαν συναισθηματικά αποστασιοποιημένοι συνεπώς δεν δημιούργησαν κάποιο τύπο δεσμού.

### 1.1.3 Εικόνα του Σώματος

Η εμφάνιση της εικόνας του σώματος στην έρευνα τις τελευταίες δεκαετίες αντιπροσωπεύει μία σημαντική στροφή στη βιβλιογραφία. Τα ήδη υπάρχοντα στοιχεία παρέχουν ήδη μία ισχυρή εμπειρική βάση για τη μελέτη της εικόνας του σώματος και έχει αρχίσει να μελετάται το ζήτημα σε σχέση με την ηλικία, το φύλο την εθνότητα και την πολιτισμική κουλτούρα. Απώτερος στόχος αυτών των ερευνών, να προωθηθεί η ψυχική υγεία και η ευημερία των ατόμων και να ανακουφιστούν τα άτομα που βιώνουν μία αρνητική στάση απέναντι στον εαυτό και το σώμα τους (Halliwell, 2015).

Πριν ορίσουμε όμως, την έννοια της εικόνας του σώματος κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούμε πρωτίστως στην έννοια της αντίληψης του εαυτού (self-concept) ή της αυτοεικόνας (self-image), καθώς η εικόνα του σώματος αποτελεί κομμάτι της αντίληψης για τον εαυτό (James, 1980). Βασικός εισηγητής της έννοιας του εαυτού είναι ο William James (1890). Σύμφωνα με τον ίδιο, ο εαυτός περιλαμβάνει τα συναισθήματα που συνδέονται με τα διάφορα μέρη του εαυτού καθώς και τις πράξεις που προβαίνει το άτομο οδηγούμενος από τα συναισθήματα. Η έννοια του εαυτού πηγάζει μέσα από τη θεωρία της φαινομενολογίας καθώς ο εαυτός εμπεριέχει όλη την ατομική εμπειρία όπως την βιώνει ο κάθε ένας ξεχωριστά. Συνεπώς ο εαυτός δεν συνίσταται μέσα από την πραγματικότητα αυτή καθ' αυτή αλλά από το πώς την κατασκευάζει το κάθε άτομο καθώς και το νόημα που της αποδίδει (Λεονταρή, 1998). Ο εαυτός είναι μία πολυδιάστατη δυναμική έννοια που δεν θα μπορούσε να του αποδοθεί μόνο ένας ορισμός. Ωστόσο ο ορισμός του εαυτού ως «ο τρόπος που το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του», αποτελεί μία κοινή και επικρατούσα τοποθέτηση (Μακρή – Μπότσαρη, 2001). Επιπλέον, κατά τον Burns (1986), η έννοια του εαυτού είναι όλα εκείνα τα υποκειμενικώς αξιολογούμενα χαρακτηριστικά και συναισθήματα. Γενικότερα, η έννοια του εαυτού αναφέρεται σε όλες τις πτυχές των απόψεων που έχει το άτομο για τον εαυτό του. Καθώς ο εαυτός αποτελεί μία αφηρημένη έννοια έχει αντικατασταθεί με την έννοια της αυτοαντίληψης ή αυτοεικόνας η οποία αποτελεί μία συνειδητή και μετρήσιμη έννοια. Οι ιδέες για τον εαυτό φαίνεται να επηρεάζουν τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε τον κόσμο, τον τρόπο επεξεργασίας των πληροφοριών που λαμβάνουμε από αυτόν, καθώς και τα συναισθήματα και τα κίνητρα του ατόμου (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1995).

Η εικόνα του σώματος υπάγεται στην έννοια του εαυτού που περιγράφηκε παραπάνω και αποτελεί μία πολύπλοκη και πολύπλευρη έννοια, καθώς εμπεριέχει συναισθηματικές, γνωστικές και συμπεριφορικές όψεις της εμπειρίας του σώματος του κάθε ατόμου (Cash & Smolak, 2011). Οι έρευνες για την εικόνα σώματος εκτείνονται σχεδόν έναν αιώνα πίσω, παρέχοντας στην επιστημονική κοινότητα πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τους προγνωστικούς παράγοντες, τις συνέπειες και τις εφαρμόσιμες θεραπείες (Cash, 2004 στους Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Το ενδιαφέρον των επιστημών της ψυχολογίας και της κοινωνιολογίας για την εικόνα σώματος προήλθε από το έργο του Paul Schilder στις αρχές της δεκαετίας του '20. Ο Schilder, αποτέλεσε τον πρώτο ερευνητή που προσέγγισε την εικόνα του σώματος μέσα σε ένα ψυχοκοινωνικό πλαίσιο (Grogan, 2005).

Η εικόνα του σώματος για τον Schilder (1950) δεν είναι μόνο μία γνωστική κατασκευή, αλλά η στάση συμπεριφορών και η αλληλεπίδραση με τους άλλους. Συγκεκριμένα, η εικόνα σώματος είναι η εικόνα που έχουμε διαμορφώσει στο μυαλό μας για το δικό μας σώμα, ο τρόπος δηλαδή που φαίνεται το σώμα μας σε εμάς τους ίδιους (Schilder, 1950). Πολλοί ερευνητές διατύπωσαν ποικίλους ορισμούς για την εικόνα του σώματος, όπως την αντίληψη που έχει κάποιος για την ελκυστικότητα του σώματός του, την αντίληψη για το μέγεθος του σώματός του, καθώς και την αντίληψη για την ακρίβεια των σωματικών αισθήσεων (Fisher, 1990). Η εικόνα που έχει στο μυαλό του κάθε άτομο για το σώμα του και την εμφάνισή του είναι κάτι πιο περίπλοκο από αυτό που βλέπουν οι άλλοι ή ακόμα και από αυτό που βλέπει το ίδιο το άτομο στον καθρέφτη. Αυτή η πολυπλοκότητα της εικόνας του σώματος συμπτύσσεται σε τέσσερις διαστάσεις. α) Τη *ρεαλιστική διάσταση*, η οποία αναφέρεται στο τί ακριβώς βλέπει κάποιος στον καθρέφτη, β) την *ψυχολογική διάσταση*, η οποία περιλαμβάνει τα συναισθήματα, τις συμπεριφορές, τις σκέψεις και τις εμπειρίες του ατόμου, υπογραμμίζοντας με αυτόν τον τρόπο την φαινομενολογική προσέγγιση για την έννοια του εαυτού και της εικόνας του σώματος. Στη συνέχεια, γ) η τρίτη διάσταση αναφέρεται στην *κοινωνική διάσταση*, η οποία σχετίζεται με το πώς θεωρεί το άτομο ότι οι άλλοι αντιλαμβάνονται την σωματική του εικόνα και τέλος, δ) η *ιδανική διάσταση*, κατά την οποία το άτομο βλέπει το σώμα του όπως θα «έπρεπε» να είναι, μέσω συγκρίσεων με άλλα πρότυπα και την ταύτιση με σώματα άλλων ατόμων, ανεξάρτητα με το εάν αυτό ανταποκρίνεται ή όχι στην πραγματικότητα (Burns, 1982). Για την

παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιηθεί ο ορισμός της εικόνας σώματος ως: οι αντιλήψεις, οι σκέψεις και τα συναισθήματα ενός ατόμου για το σώμα του/της. Ο ορισμός αυτός υιοθετήθηκε από τον Schilder, και συμπίπτει με τον ορισμό του Cash και του Pruzinsky (1990).

Τα τελευταία χρόνια, ολοένα και αυξανόμενες έρευνες έχουν ασχοληθεί με την έννοια της εικόνα σώματος. Διαφορετικά πεδία επιστημών προσεγγίζουν την εικόνα του σώματος από διαφορετική σκοπιά. Η κοινωνιολογία για παράδειγμα, τη δεκαετία του 90' ασχολήθηκε με την εικόνα σώματος αποδίδοντάς της τον ορισμό *σωματική κοινωνία* δείχνοντας την επίδραση που δέχεται η εικόνα σώματος από την κοινωνία (Turner, 1992). Η επιστήμη της ψυχολογίας επίσης, έχει δείξει ενδιαφέρον για την ψυχολογική οπτική της εικόνας σώματος, με ιδιαίτερη έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες που οδηγούν στην ικανοποίηση από την εικόνα σώματος. Συγκεκριμένα, ο κλάδος της ψυχολογίας υποστηρίζει πως οι ανθρώπινες εμπειρίες που σχετίζονται με την αίσθηση που έχει ο κάθε ένας από το σώμα του, επηρεάζουν πολλές όψεις της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας και της ποιότητας ζωής του ατόμου (Cash & Smolak, 2011).

Η εξωτερική εμφάνιση γενικότερα και η εικόνα σώματος ειδικότερα, έχουν αποτελέσει σημαντικά δομικά στοιχεία της δυτικής κουλτούρας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην εξωτερική εικόνα στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, στις συνομιλίες μεταξύ των ανθρώπων αλλά και στα χρηματικά ποσά καθώς και τον χρόνο που πολλοί άνθρωποι επενδύουν για την εξωτερική εμφάνιση σε είδη ένδυσης, κέντρα αδυνατίσματος, περιποίησης του σώματος ακόμα και σε κοσμητικές χειρουργικές επεμβάσεις (Tiggemann, 2012). Η εικόνα του σώματος ύστερα από πληθώρα ερευνών δείχνει να αποτελεί μία μεταβλητή που επηρεάζεται από πολλές άλλες μεταβλητές. Πιο συγκεκριμένα, η εικόνα του σώματος δέχεται επιρροές από τρεις άλλες κοινωνικοπολιτικές συνιστώσες, όπως οι γονείς και η σημαντικοί άλλοι, οι συνομήλικοι και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (Tiggemann, 2012). Γενικότερα, η εκτίμηση της εξωτερικής εμφάνισης και της ικανοποίησης που προκύπτει από την εικόνα σώματος, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στην ολική αυτοεικόνα και αυτοεκτίμηση του ατόμου.

## Εικόνα Σώματος και Φύλο

Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις από έρευνες ότι η εικόνα του σώματος βιώνεται αρνητικά από πληθώρα γυναικών και κοριτσιών. Η πλειονότητα είναι δυσαρεστημένη με την εικόνα που έχουν για το σώμα τους, πιο συγκεκριμένα με το μέγεθος του σώματος και το βάρος τους και θα επιθυμούσαν να δείχνουν πιο αδύνατες, συνεπώς το βάρος αποτελεί μία «κανονιστική δυσαρέσκεια» για τις γυναίκες (Cash & Smolak, 2011). Οι έρευνες ωστόσο δεν έχουν σταθεί πια μόνο στον γυναικείο πληθυσμό. Δεδομένα αναδεικνύουν από τη δεκαετία του '90 και μετά ότι και για τους άντρες πια και τα νεαρά αγόρια η εικόνα σώματος αποτελεί πηγή δυσαρέσκειας και μη ικανοποίησης. Όσον αφορά τους άνδρες η διαφοροποίηση από τις γυναίκες έγκειται στο γεγονός ότι οι άνδρες ανησυχούν περισσότερο για την μυϊκή τους ενδυνάμωση και όχι για την απώλεια βάρους (Lerner, Orlos & Knapp, 1976). Σύμφωνα με έρευνες οι παράγοντες που επιδρούν στην εικόνα του σώματος (όπως: οι γονείς, οι συνομήλικοι και οι σημαντικοί άλλοι) είναι οι ίδιοι και για τα δύο φύλα, όμως είναι διαφορετικός ο τρόπος και ο βαθμός επιρροής τους. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να επηρεαστούν από τα πρότυπα που προβάλλονται σε μέσα μαζικής ενημέρωσης από ότι οι άντρες, καθώς τα μέσα τείνουν να προβάλλουν περισσότερο την γυναικεία εικόνα ενώ επιπλέον, η ιστορία έχει συνδέσει την κοινωνική αποδοχή της γυναίκας με ένα «ιδανικό» πρότυπο σώματος. Πλέον όμως και το ανδρικό φύλο βρίσκεται εκτεθειμένο καθώς τα προϊόντα ομορφιάς απευθύνονται εξίσου και στις γυναίκες και στους άνδρες. Και τα δύο φύλα λοιπόν, εκτίθενται σε μη ρεαλιστικά πρότυπα σώματος. Αυτή η έκθεση σε αυτά τα μη ρεαλιστικά πρότυπα, κατακερματίζουν την ατομική ευημερία των ανθρώπων, με συνέπεια τη δυσαρέσκεια από την εικόνα του σώματος (Murnen, Smolak, Mills & Good, 2003). Ωστόσο, το πεδίο της έρευνας για την εικόνα του σώματος που αφορά σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες επιζητά ενδελεχή ερευνητική μελέτη (Tiggemann, 2012).

## **Εικόνα Σώματος και Ηλικία**

### Γυναίκες

Όσον αφορά την εικόνα του σώματος σε σχέση με την ηλικία, εύλογα κάποιος θα υπέθετε ότι η ηλικία διαδραματίζει καίριο ρόλο στο βαθμό ικανοποίησης από την εικόνα σώματος, ή ότι οι γυναίκες που μεγαλώνουν και αφήνουν πίσω τα νεανικά πρότυπα που κατακλύζουν τα μέσα ενημέρωσης θα βιώνουν σταδιακά ολοένα αυξανόμενη δυσαρέσκεια. Ωστόσο, μία μεγάλης κλίμακα διεθνή έρευνα που πραγματοποίησε ο Swami και οι συνεργάτες του (2010), έδειξε ότι η δυσαρέσκεια από την εικόνα του σώματος των γυναικών δεν μπορεί να προβλεφθεί από την ηλικία. Οι περιοχές του σώματος που παρουσιάζουν την μεγαλύτερη ανησυχία ως προς τη δυσαρέσκεια του σώματος, δεν διαφέρουν με τα χρόνια. Όλες οι γυναίκες ανεξαρτήτου ηλικίας, επιθυμούν να δείχνουν πιο αδύνατες, ανεξαρτήτου πραγματικού μεγέθους τους σώματός τους. Στο ίδιο συμπέρασμα είχε καταλήξει και η έρευνα του Grogan (2008), όπου μέσα από συνεντεύξεις γυναικών αναδεικνύει την παρόμοια δυσαρέσκεια που χαρακτηρίζει τις γυναίκες ανεξαρτήτου ηλικίας μεταξύ 16-63 ετών. Τα ευρήματα ωστόσο, από έρευνες που συμπεριέλαβαν γυναίκες άνω των 60 είναι αντικρουόμενα. Από τη μία ερευνητές σε δείγματα γυναικών άνω των 62 ετών εντόπισαν δυσαρέσκεια των γυναικών με το βάρος και το σχήμα του σώματός τους αντίστοιχη με αυτήν την νεαρότερων (Clarke, 2002), ενώ από την άλλη υπάρχουν ερευνητικές ενδείξεις ότι στις μεγαλύτερες ηλικιακά γυναίκες, άνω των 61 ετών όλο και λιγότερες εκφράζουν δυσαρέσκεια με την εικόνα τους.

### Άνδρες

Τα αποτελέσματα σχετικά με την ικανοποίηση των ανδρών σε σχέση με την ηλικία είναι αντικρουόμενα. Ορισμένες έρευνες δείχνουν πως οι μεγαλύτεροι άνδρες είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από το σώμα τους σε σχέση με τους νεότερους, ενώ άλλα ευρήματα δείχνουν πως δεν υπάρχουν διαφορές ως προς τον βαθμό ικανοποίησης μεταξύ νεότερων και μεγαλύτερων ηλικιακά ανδρών. Επίσης, άλλες έρευνες δείχνουν πως οι μεγαλύτεροι άνδρες ηλικιακά έχουν μικρότερη ανησυχία όσον αφορά την εικόνα του σώματός τους (Cash & Smolak, 2011). Ωστόσο, μία έρευνα του Pliner (1990) η οποία κάλυπτε ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα από 10 έως 79 ετών, έδειξε πως οι

μεγαλύτεροι άνδρες είχαν τον ίδιο βαθμό ικανοποίησης με τους νεότερους. Αυτό που πιθανότατα σύμφωνα με τους ερευνητές των παραπάνω ερευνών θα βοηθήσει στην εξαγωγή συμπερασμάτων για το τι συμβαίνει τελικά με την ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος καθώς η ηλικία αλλάζει θα ήταν να βρουν ποια πρότυπα χρησιμοποιούν για να κάνουν την σύγκριση και πόσο σημαντικά είναι για αυτούς.

### **Διαταραχές της Εικόνας του Σώματος**

Με την εικόνα του σώματος συνδέονται και κάποιες ψυχικές διαταραχές οι οποίες οδηγούν σε διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος και στη σχέση του ατόμου με το σώμα του. Οι διαταραχές που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος ονομάζονται σωματόμορφες διαταραχές. Πρόκειται για ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζονται με τη μορφή σωματικών διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζονται σωματικά συμπτώματα που δείχνουν κάποια ιατρική κατάσταση, όμως δεν μπορούν να εξηγηθούν πλήρως από κάποια γενική ιατρική κατάσταση, ούτε ως αποτέλεσμα δράσης κάποια ουσίας ή κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής (Μάνος, 2008). Οι διαταραχές αυτές έχουν ως αποτέλεσμα την παρερμηνεία των σωματικών συμπτωμάτων και άλλες πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία, οδηγώντας το άτομο στην πεποίθηση ότι υπάρχει κάποια σοβαρή ασθένεια. Τα άτομα υπερεκτιμούν τις όποιες αλλαγές στο σώμα τους και τις αντιλαμβάνονται ως σημάδι κάποιας σοβαρής ασθένειας (Christogiorgos et al., 2013). Η διαταραχές αυτή στην σωματική εικόνα σχετίζονται με πρώιμες εμπειρίες κάποιας ασθένειας κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, με μαθημένες συμπεριφορές μέσω της μίμησης προτύπου των γονέων αλλά και με δυσκολίες στο δεσμό που έχει αναπτυχθεί με τους γονείς (Williams, 2004). Επίσης, τα άτομα που έχουν αναπτύξει τέτοιου τύπου διαταραχές πιθανότατα να μεγάλωσαν σε ένα υπερπροστατευτικό περιβάλλον, όπου το σώμα χαρακτηρίζεται ως ευάλωτο και αδύναμο (Bridges, Goldberg, Evans, Sharpe, 1991. Fischer, 1986).



### **1.1.4 Διατροφικές Διαταραχές**

Οι έρευνες για πρόληψη των διατροφικών διαταραχών ξεκίνησαν στις αρχές του 1980, προσφέροντας μία συσσωρευμένη γνώση όσον αφορά στην πρόοδο για τις πρακτικές πρόληψης των διατροφικών διαταραχών (Piran, 2015). Το ερευνητικό ενδιαφέρον γύρω από το πεδίο των διατροφικών διαταραχών έχει αυξηθεί ιδιαίτερος τις τελευταίες δεκαετίες λόγω του μεγάλου αριθμού των ατόμων που αναφέρουν έντονα προβλήματα στη συμπεριφορά τους σχετικά με το φαγητό (Μάνος, 2008). Ειδικότερα στις δυτικές κοινωνίες όπου η πίεση να δείχνουν οι άνθρωποι αδύνατοι και με ωραίο σώμα, μπορεί να οδηγήσει σε διατροφικές διαταραχές (Mujtaba & Furnhan, 2001). Οι διατροφικές διαταραχές είναι σοβαρά ψυχιατρικά σύνδρομα που χαρακτηρίζονται από διαταραχή στην πρόσληψη τροφής και συμπεριφορές που σχετίζονται με αλλοιωμένη απορρόφηση ή κατανάλωση τροφής (Piran, 2015). Τα κλινικά σύνδρομα που προεξάρχουν στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή είναι η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία και η επεισοδιακή υπερφαγία. Οι παραπάνω διατροφικές διαταραχές μπορεί να εμφανίζουν συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές επομένως για τη διάγνωσή τους πρέπει να αποκλείονται υποκείμενες άλλες διαταραχές (Μάνος, 2008). Είναι σημαντικό να τονιστεί, ότι η παχυσαρκία δεν ανήκει στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής επομένως δεν ανήκει στις ψυχικές διαταραχές και αποτελεί μια ξεχωριστή ψυχονοσολογική οντότητα. Ωστόσο, ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να παίζουν ρόλο στην αιτιολογία της. Στην παραπάνω περίπτωση, διαγνωστικά εμπίπτει στους Ψυχολογικούς Παράγοντες που επηρεάζουν την Γενική Ιατρική Κατάσταση (APA, 2015).

### **1.1.5 Ψυχογενής Ανορεξία**

#### **1.1.5<sup>a</sup> Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM 5 για την Ψυχογενή Ανορεξία**

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών (DSM 5), τα διαγνωστικά κριτήρια για την *ψυχογενή ανορεξία* είναι:

Α. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος σε ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος ή πάνω από αυτό σύμφωνα με την ηλικία και το ύψος του, ή

αδυναμία να κερδίσει το αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης, που οδηγεί σε βάρος σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο.

Β. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

Γ. Διαταραχή στον τρόπο που βιώνει κανείς το βάρος ή το σχήμα του σώματός του, αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην εκτίμηση του εαυτού ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους.

Δ. Σε γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών.

Η ψυχογενή ανορεξία διακρίνεται σε δύο τύπους: α) τον *περιοριστικό τύπο* όπου το άτομο δεν είχε εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (δηλ. Προκλητό έμετο ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων). β) τον *τύπο υπερφαγίας* όπου το άτομο εμπλέκεται συστηματικά σε συμπεριφορές υπερφαγίας ή κάθαρσης (δηλ. προκλητό έμετο ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων) (APA, 2015).

### 1.1.5<sup>β</sup> Αιτιολογία

Ψυχολογικοί, κοινωνικοί, γενετικοί και βιολογικοί μηχανισμοί φαίνεται να είναι η αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας. Οι ψυχολογικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι μία φοβική στάση του ατόμου απέναντι στην τροφή, λόγω της σεξουαλικής έντασης στην εφηβική ηλικία. Οι κοινωνικές θεωρίες ωστόσο, στηρίζονται στην έμφαση που έχει δοθεί στις ανεπτυγμένες χώρες, στη νεολαία, στην ομορφιά, στην θέληση του ατόμου να είναι λεπτό και στην υπερβολική ενασχόληση των ατόμων με την εικόνα σώματός τους και την εμφάνιση. Μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει την κληρονομική ή γενετική πλευρά της διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων που έχουν ή είχαν στο παρελθόν τη διαταραχή. Οι βιολογικές θεωρίες όμως, εστιάζονται στη λειτουργία του υποθαλάμου που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος όπως όρεξη, βάρος, θερμοκρασία κ.α. Ευρήματα δείχνουν ότι στη ψυχογενή ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενής δυσλειτουργία του υποθαλάμου, κάτι που αποδεικνύεται από την απελευθέρωση περισσότερης κορτικοτροπίνης (CRF) στο

εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών αυτών, την εμφάνιση αμηνόρροιας, τη μειωμένη δραστηριότητα της νορεπινεφρίνης και από τις διαταραχές και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών, όπως της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης (Μάνου, 1997).

### **1.1.6 Ψυχογενής Βουλιμία**

#### **1.1.6<sup>α</sup> Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM 5 για την Ψυχογενή Βουλιμία**

Σύμφωνα με το DSM 5 (2013) τα βασικά χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας στη διάρκεια των οποίων το άτομο νιώθει ότι δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του στο να σταματήσει τον εαυτό του. Στο τέλος των επεισοδίων υπερφαγίας το άτομο μπορεί να χρησιμοποιήσει αντισταθμιστικές μεθόδους όπως ο προκλητός έμετος, καθαρκτικά, διουρητικά, νηστεία ή την υπερβολική άσκηση με σκοπό να μην πάρει βάρος. Τέλος, τα άτομα που διαγιγνώσκονται με ψυχογενή βουλιμία έχουν μία υπερβολική ανησυχία και συνεχή ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματός τους (APA, 2015).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Βουλιμίας κατά το DSM 5 είναι τα εξής:

A. Επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο παρακάτω:

(1) το να τρώει κάποιος μέσα σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π.χ. σε μια περίοδο 2 ωρών) μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μια παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις.

(2) μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου του πόσο τρώει κάποιος κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. μια αίσθηση ότι κάποιος δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι ή πόσο τρώει).

B. Επανειλημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποφύγει την λήψη βάρους, όπως π.χ. πρόκληση εμετού, κακή χρήση καθαρκτικών, διουρητικών, ενεμάτων ή άλλων φαρμάκων, νηστεία και υπερβολική άσκηση.

Γ. Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, συμβαίνουν τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για 3 μήνες.

Δ. Η εκτίμηση του εαυτού αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και το βάρος.

Ε. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας.

### **1.1.6<sup>β</sup> Αιτιολογία**

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) η αιτιολογία της βουλιμίας δεν είναι γνωστή. Στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλεται στην σφαιρική ψυχοπαθολογία π.χ. σε κάποια διαταραχή προσωπικότητας. Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι η βουλιμία οφείλεται στην αδυναμία του ατόμου να ανακαλέσει στην μνήμη του ανακουφιστικές εικόνες της μητέρας σε περιόδους αποχωρισμού από αυτήν. Από την άλλη όμως αρκετές έρευνες έχουν βρει αυξημένη συχνότητα Ψυχογενούς Βουλιμίας, Διαταραχών της διάθεσης και Σχετιζόμενων με ουσίες στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού. Κάποιο ρόλο στη διαταραχή επίσης, φαίνεται να παίζουν ο υποθάλαμος και οι κεντρικοί νευροδιαβιβαστές.

### **1.1.7 Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας**

#### **1.1.7<sup>α</sup> Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM 5 για την Επεισοδιακή Υπερφαγία**

Α. Τα διαγνωστικά κριτήρια αφορούν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας (Binge Eating). Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται με ένα από τα ακόλουθα:

1. Κατανάλωση τροφής, σε ένα διακριτό χρονικό διάστημα (π.χ. μέσα σε οποιαδήποτε χρονική περίοδο 2 ωρών), μία ποσότητα τροφίμων που είναι σίγουρα μεγαλύτερη από οτιδήποτε οι περισσότεροι άνθρωποι θα τρώγανε σε μια παρόμοια χρονική περίοδο κάτω από παρόμοιες συνθήκες.

2. Αίσθηση έλλειψης ελέγχου σε σχέση με το φαγητό κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. το άτομο νιώθει ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι ή πόσο τρώει).

Β. Τα επεισόδια υπερφαγίας συνδέονται με τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

1. Κατανάλωση τροφής πολύ πιο γρήγορα από το κανονικό.

2. Κατανάλωση τροφής έως ότου να αισθανθεί κάποιος άβολα πλήρης.

3. Κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφίμων, ακόμα κ όταν το άτομο δεν αισθάνεται πεινασμένο.

4. Το να τρώει κάποιος μόνος του λόγω της ντροπής που νιώθει για τις μεγάλες ποσότητες που καταναλώνει.

5. Αισθήματα αηδίας, ενοχής και κατάθλιψης, κατακλύζουν το άτομο, έπειτα από κάθε επεισόδιο υπερφαγίας.

Γ. Εμφάνιση άγχους λόγω των υπερφαγικών επεισοδίων.

Δ. Τα υπερφαγικά επεισόδια εμφανίζονται, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για 3 μήνες.

Ε. Τα υπερφαγικά επεισόδια δεν συνοδεύονται από αντισταθμιστικές μεθόδους όπως στην ψυχογενή ανορεξία και στην βουλιμία.

### **1.1.7<sup>β</sup> Αιτιολογία**

Σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο για τις ψυχικές διαταραχές, η διαταραχή της επεισοδιακής υπερφαγίας εμφανίζεται μέσα σε μέλη της ίδια οικογένειας, κάτι που μπορεί να σχετίζεται με την ύπαρξη γενετικών αλλαγών. (DSM 5, 2013).

## 1.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα επιχειρήσουμε να ερευνήσουμε πώς οι μεταβλητές της παρούσας έρευνας εμφανίζονται στην βιβλιογραφία μέσα από προηγούμενες έρευνες που βρίσκονται κάτω από την ίδια θεματική. Πιο συγκεκριμένα, θα παραθέσουμε την ύπαρξη ή μη σχέσης, καθώς και το είδος της σχέσης για κάθε μίας από αυτές τις μεταβλητές με την ανεξάρτητη μεταβλητή της έρευνάς μας, η οποία είναι ο γονεϊκός δεσμός όπως διαγράφεται μέσα από τις επιμέρους διαστάσεις της φροντίδας και της προστασίας ή ελέγχου και των δύο γονέων. Οι μεταβλητές για τις οποίες θα αναζητήσουμε την ύπαρξη σχέσης με τον τύπο γονεϊκού δεσμού είναι οι διαστάσεις της εικόνας του σώματος, καθώς και οι ισορροπημένες ή μη στάσεις απέναντι στις διατροφικές συνήθειες. Η πλειοψηφία των ερευνών έχει ερευνήσει το γονεϊκό τύπο δεσμού με τις διατροφικές συνήθειες και λιγότερες έρευνες έχουν μελετήσει το γονεϊκό τύπο δεσμού και τη σχέση του με την εικόνα του σώματος. Επίσης, οι πλειοψηφία των ερευνών έχει επικεντρωθεί σε γυναικείο πληθυσμό και σε ηλικίες γυναικών που φοιτούν στο πανεπιστήμιο και το κολλέγιο. Αυτό το περιορισμένο εύρος προηγούμενων ερευνών που μελετούν το θέμα της παρούσας έρευνας οδήγησε στην ενδελεχή μελέτη της βιβλιογραφίας ώστε να συγκεντρωθούν όλα τα δεδομένα για την πληρέστερη κατανόηση του θέματος.

### 1.2.1 Γονεϊκός Δεσμός και η Εικόνα του Σώματος

Υπάρχει ολοένα αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον για τον γονεϊκό δεσμό και την εφαρμογή του στην ψυχοθεραπευτική πράξη με ενήλικο πληθυσμό. Στην κοινή γνώμη αλλά και σε πολλές παραδοσιακές καθώς και σε πιο σύγχρονες μεθόδους της συμβουλευτικής και της ψυχοθεραπείας, η δυαδική σχέση γονιός-παιδί θεωρείται μία σημαντική επιρροή για την υγιή ψυχική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του ατόμου και αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της προσωπικής προσαρμογής και της ανάπτυξης καθ'ολη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Mattanah, Lopez & Govern, 2011). Αυτή η σχέση μεταξύ του παιδιού και του γονέα βρίσκεται κάτω από το εννοιολογικό πλαίσιο της θεωρίας του δεσμού που περιγράφηκε παραπάνω (Bowlby, 1988, 1982, 1980, 1973, 1969). Η ποιότητα του δεσμού που έχει αναπτύξει το άτομο με τους γονείς του αλλά

και οι πρώιμες εμπειρίες που έχει με τους γονείς του, επηρεάζουν τον τρόπο που νιώθει το άτομο για τον εαυτό του.

Πάνω σε αυτόν τον άξονα βασίστηκαν και οι έρευνες που μελέτησαν το δίπολο της δυσαρέσκειας από τη μία και της ικανοποίησης της εικόνας του σώματος από την άλλη, με τη σχέση του με το γονεϊκό δεσμό. Παρότι η εικόνα του σώματος είναι μία μεταβλητή η οποία δέχεται επιρροές από πολλές άλλες μεταβλητές, όπως από την αλληλεπίδραση με συνομηλίκους, ακόμα και από την αλληλεπίδραση με ξένους, αρκετοί ερευνητές θεωρούν ότι οι «σημαντικοί άλλοι» είναι εκείνοι που διαδραματίζουν το σημαντικότερο ρόλο σε αυτήν την επιρροή (Kearney-Cooke, 2002. Tantleff-Dunn & Gokee, 2002 στους Mckinley & Randa, 2005). Επιπλέον μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι ο δεσμός που αναπτύσσει το άτομο με τους γονείς του είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη της δυσαρέσκειας του σώματος (Bamford & Halliwell, 2009. Cheng & Malinkrodt, 2009. McKinley & Randa, 2005. Cash, Theriault, & Annis, 2004), καθώς οι γονείς αποτελούν τις πιο συνήθεις πηγές επιρροής και ταυτόχρονα την πρώτη πηγή κοινωνικοποίησης (McCabe & Ricciardelli, 2003). Παρότι η πλειοψηφία των ερευνών έχει μελετήσει εκτενέστερα τον γυναικείο πληθυσμό σε σχέση με το μητρικό δεσμό, υπάρχουν έρευνες οι οποίες ισχυρίζονται πως εξίσου και ο πατέρας αποτελεί πηγή επιρροής όσον αφορά στην σχέση με την εικόνα του σώματος ανεξαρτήτου του φύλου του παιδιού (Francisco, Narciso, Alarcao, 2013).

Κοινή παραδοχή από ερευνητές αποτελεί το γεγονός, πως ο ανασφαλής αγχώδης τύπος δεσμού έχει συσχετιστεί με μία αρνητική εικόνα για τον εαυτό και ανάγκη για επιβεβαίωση (Mikulincer & Shaver, 2007). Πιο συγκεκριμένα, ένας ασφαλής δεσμός σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης και συνεπώς μια θετική εικόνα για τον εαυτό (Hardit & Hannum, 2012). Ένας ανασφαλής δεσμός από την άλλη, έχει συνδεθεί με τη δυσαρέσκεια από την εικόνα του σώματος, και πιο συγκεκριμένα ο αγχώδης τύπος δεσμού (Cash et al., 2004). Σε όμοια ευρήματα είχε καταλήξει και έρευνα των Cheng και Malinkrodt (2009), σύμφωνα με την οποία βρήκαν συσχέτιση μεταξύ αγχώδη δεσμού και δυσαρέσκειας από την εικόνα σώματος. Στην παραπάνω έρευνα είχαν συμπεριλάβει ως ενδιάμεση μεταβλητή και την εσωτερίκευση των προτύπων από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα απέδειξε ότι γυναίκες που είχαν αναπτύξει έναν αγχώδη τύπο δεσμού έδειχναν να επηρεάζονται περισσότερο από τα πρότυπα που προέβαλαν τα μέσα μαζικής επικοινωνίας. Συνεπώς ένας ασφαλής

τύπος δεσμού λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας απέναντι σε άλλες μεταβλητές που μπορεί να οδηγήσουν σε μη ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος, όπως η επιρροή από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας ή η επιρροή των συνομηλίκων.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε μία επικέντρωση των ερευνητών στις διαστάσεις του γονεϊκού δεσμού που σχετίζονται με τη φροντίδα και την υπερπροστασία ή τον έλεγχο από μέρους των γονιών. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα των Miles-Mclean, Liss & Erchull (2014) υποστήριξε τη σχέση του γονεϊκού δεσμού με την «αντικειμενοποίηση» της εικόνας σώματος των γυναικών. Την τάση δηλαδή του ατόμου να βλέπει το σώμα του σαν αντικείμενο και να το προσεγγίζει ως εξωτερικός παρατηρητής. Η αντικειμενοποίηση του σώματος συνδέεται με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και με την παρουσία των διατροφικών διαταραχών αλλά και της κατάθλιψης. Η έρευνά των Miles-Mclean et al. (2014), υποστήριξε πως οι γυναίκες που μεγάλωσαν σε ένα υπερπροστατευτικό περιβάλλον χωρίς φροντίδα, εστιάζοντας στη σχέση με τον πατέρα, ανέπτυξαν μία κακή σχέση με τον εαυτό καθώς και μία κακή αντίληψη για την εικόνα του σώματος. Η σχέση που έχει αναπτύξει η γυναίκα με τον πατέρα της μπορεί να επιδεινώσει ή να βελτιώσει τα αρνητικά αποτελέσματα της αντικειμενοποίησης. Τα ίδια δεδομένα υποστήριξαν και προγενέστερες έρευνες οι οποίες απέδειξαν ότι γυναίκες που μεγάλωσαν σε ένα υπερπροστατευτικό και ελεγκτικό περιβάλλον παρουσίαζαν μία «εμμονή» με το χαμηλό σωματικό βάρος και ταυτόχρονα μία δυσαρέσκεια από την εικόνα του σώματος (Jones, Leung & Harris, 2006). Φαίνεται πως όταν οι γονείς είναι υπερπροστατευτικοί και ελεγκτικοί τείνουν να εμπλέκονται περισσότερο στη ζωή των παιδιών συνεπώς έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκφέρουν σχόλια που σχετίζονται με την εικόνα του παιδιού και το σωματικό του βάρος, σε σχέση με τους γονείς που δεν χαρακτηρίζονται από υψηλή υπερπροστασία και έλεγχο (Hall, Peden, Rayens & Beebe, 2004). Η παραπάνω τοποθέτηση συμφωνεί με ερευνητές που ισχυρίζονται ότι η υπερβολική άσκηση κριτικής από μέρους των γονιών για το σώμα, επηρεάζει την αντίληψη του σώματος (Taylor et al., 2006. Haworth Hoerrpner, 2000). Αυτές οι συμπεριφορές με τη σειρά τους φαίνεται να ευθύνονται για την ανάπτυξη δυσαρέσκειας σε σχέση με το σώμα (Hart, Cornell, Damiano & Paxton, 2015. Kluck, 2010. Rodgers, Paxton, & Chabrol, 2009. Keery, Van Den Berg, & Thompson, 2004). Στην έρευνα των Pace, Cacioppo & Schimmenti (2012), γυναίκες που αποτελέσαν ένα κλινικό δείγμα με διάγνωση διατροφικής



διαταραχής και συγκεκριμένα με διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας, περιέγραψαν τους πατέρες τους ως πιο ψυχρούς και απόμακρους, δηλαδή με χαμηλή την κλίμακα της φροντίδας. Οι παραπάνω έρευνες επικεντρώθηκαν στον πατρικό δεσμό και στην επίδραση που έχει στη σχέση που αναπτύσσουν οι γυναίκες με το σώμα τους. Έτσι, οι έρευνες αυτές απέδειξαν πως η πατρική φιγούρα και το είδος της σχέσης που θα αναπτύξει το άτομο μαζί του διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο και αποτελεί προστατευτικό παράγοντα ή παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της δυσαρέσκειας από την εικόνα του σώματος. Ωστόσο, υπήρξαν και έρευνες οι οποίες μελέτησαν και τους δύο γονεϊκούς δεσμούς, μητρικό και πατρικό και υποστήριξαν πως εξίσου και για το μητρικό δεσμό ισχύει ότι η υπερπροστατευτική συμπεριφορά των γονιών έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική ευημερία των παιδιών αργότερα στην ενήλικη ζωή τους (De Panfilis, Rabbaglio, Rossi, Zita & Maggini, 2003).

Οι περισσότερες έρευνες έχουν συμπεριλάβει γυναικείο πληθυσμό στα δείγματά τους. Ωστόσο, στην έρευνα των Tata, Fox και Cooper (2001), όπου στο δείγμα τους συμπεριέλαβαν άνδρες και γυναίκες και συσχέτισαν το γονεϊκό δεσμό με την ικανοποίηση σε σχέση με το σώμα, ο κοινός παράγοντας κινδύνου που είναι η γονική υπερπροστασία, συσχετίστηκε με την χαμηλή ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος.

Άλλες έρευνες μελέτησαν με διαφορετική προσέγγιση τη γονεϊκή σχέση και την επιρροή της στην εικόνα σώματος και βρήκαν πως η επικοινωνία των γονιών με τα παιδιά αλλά και οι εκδηλωμένες συμπεριφορές απέναντι τους, σχετίζονται με τη σχέση που θα έχει αργότερα και στην ενήλικη ζωή του το άτομο με το σώμα του.

### **1.2.2 Γονεϊκός Δεσμός και οι Διατροφικές Διαταραχές**

Αρκετά χρόνια ερευνών στο πεδίο της ανατροφής των παιδιών και της γονεϊκής συμπεριφοράς που υιοθετούν οι γονείς, έχουν αναδείξει τρεις διαφορετικές διαστάσεις στην ανατροφή των παιδιών. Πρώτον, τον έλεγχο που ασκείται στο παιδί μέσω της συμπεριφοράς του γονιού (π.χ. η παρακολούθηση, η εποπτεία και η πειθαρχία), δεύτερον την φροντίδα (π.χ. η ζεστασιά, το ενδιαφέρον και η σύναψη δεσμού) και

τρίτον τον ψυχολογικό έλεγχο, ο οποίος έχει συσχετιστεί με την εσωτερίκευση προβλημάτων κατά την παιδική ηλικία.

Όσον αφορά στη σχέση των διατροφικών διαταραχών και τη σχέση τους με τον γονεϊκό δεσμό, υπάρχει από αρκετές χρονολογικά παλιότερες έρευνες, η γενική παραδοχή που θέλει τα άτομα που αντιμετώπισαν δυσκολίες στο γονεϊκό δεσμό και μεγάλωσαν σε ένα υπερπροστατευτικό περιβάλλον να τείνουν να εμφανίζουν διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες (Leung, Thomas & Waller, 2000. O’Kearny, 1995. Bruch, 1977). Συνεπώς, πολλές έρευνες έχουν επικεντρωθεί σε αυτήν της πτυχής της οικογενειακής δυναμικής που υποστηρίζει ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα διαταραγμένων μοτίβων σχέσεων μεταξύ του εαυτού και των άλλων, τα οποία μοτίβα προκύπτουν από την διαταραγμένη σχέση με τις γονεϊκές σχέσεις (Heesacker & Neimeyer, 1990 στους Perry, Silvera, Neilands, Rosenvigne & Hanssen, 2007). Στο σύνολό τους λοιπόν οι έρευνες συμφωνούν πως οι διατροφικές διαταραχές σχετίζονται θετικά με την παρουσία ενός διαταραγμένου οικογενειακού περιβάλλοντος όπου η παρουσία του γονεϊκού ελέγχου είναι έντονη (Fujimori et. al., 2011).

Οι έρευνες αρχικά είχαν επικεντρωθεί στον μητρικό δεσμό (Fonsesca, Ireland, Resnick, 2003. Palazzoli, 1978). Αυτές οι έρευνες υποστήριζαν πως η ελεγκτική με έλλειψη φροντίδας ανατροφή της μητέρας, οδηγεί στο να εσωτερικεύσει το παιδί την παρουσία της μητέρας ως μία ελεγκτική λειτουργία. Αυτή η διαταραγμένη σχέση με τη μητέρα οδηγεί τα άτομα που αντιμετωπίζουν διαταραχές στη λήψη τροφής στην ανάγκη για εσωτερικό έλεγχο και αυτονομία, καταφεύγοντας στις καταναγκαστικές εμμονές σε σχέση με τη λήψη τροφής (Palazzoli, 1978).

Ωστόσο, κατά τα επόμενα χρόνια έρχεται στο προσκήνιο των ερευνών και ο πατρικός γονεϊκός ρόλος, όπου στις συγκεκριμένες έρευνες οι διαταραγμένες συμπεριφορές στη λήψη τροφής συσχετίστηκαν με χαμηλή πατρική φροντίδα, τόσο σε κλινικά δείγματα όσο και σε μη κλινικά δείγματα (Jones, Leung, & Harris, 2006. Leung, Thomas, & Waller, 2000. Calam, Waller, Slade, & Newton, 1990). Το ίδιο σύμφωνη ήταν και η έρευνα των Furnham & Husain (1999), όπου βρήκανε πως η πατρική φροντίδα μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας απέναντι στις διατροφικές διαταραχές. Μία δεκαετία αργότερα, φάνηκε σε έρευνες πως ο πατρικός ρόλος επηρεάζει εξίσου, μέσω του ελέγχου και της υπερπροστασίας στην

εσωτερίκευση των προβλημάτων και κατά συνέπεια στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (Fujimori et al., 2011. McEwen & Flouri, 2009). Οι παραπάνω έρευνες έχουν συμπεριλάβει γυναικείο πληθυσμό στα δείγματά τους. Ωστόσο, στην έρευνα των Tata, Fox και Cooper (2001), όπου στο δείγμα τους συμπεριέλαβαν άνδρες και γυναίκες και συσχέτισαν τις διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες με την εμπλοκή και των δύο γονέων μέσω της φροντίδας ή της υπερπροστασίας και ελέγχου, έδειξε και για τα δύο φύλα πως η γονεϊκή υπερπροστασία συνδέεται με διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες.

Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, βρέθηκαν και έρευνες οι οποίες συσχέτισαν την εμπλοκή της οικογένειας όσον αφορά στο σχολιασμό του βάρους και των διατροφικών συνηθειών των μελών της οικογένειας. Στις έρευνες αυτές βρέθηκε πως η αύξηση της γονεϊκής εμπλοκής με σχόλια που αφορούν την εικόνα του σώματος και των διατροφικών συνηθειών αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης κάποια διατροφικής διαταραχής (Kluck, 2010. Dixon, Gill & Adair, 2003). Αυτή η διαπίστωση σχετίζεται εν μέρει με την γονεϊκή υπερπροστασία και έλεγχο καθώς οι γονείς που είναι πιο υπερπροστατευτικοί, εισβάλουν περισσότερο στις ζωές των παιδιών και συνεπώς έχουν περισσότερες πιθανότητες να σχολιάσουν συχνότερα το βάρος και το σώμα των παιδιών συγκριτικά με τους λιγότερο εμπλεκόμενους γονείς (Miles Mclean et. al., 2014).

### 1.3 Ερευνητικές Υποθέσεις

Στο σημείο αυτό και με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε παραπάνω, είμαστε σε θέση να διατυπώσουμε τις ερευνητικές υποθέσεις της έρευνάς μας. Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί πώς ο τύπος του γονεϊκού δεσμού και συγκεκριμένα η φροντίδα και η προστασία ή έλεγχος της μητέρας ή του πατέρα απέναντι στο παιδί, σχετίζεται με τη σχέση που αναπτύσσει το άτομο με τις διαστάσεις του σώματός του και τη στάση του απέναντι στις διατροφικές συνήθειες. Έτσι διατυπώνουμε τις εξής υποθέσεις:

H1: Η μητρική φροντίδα παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τις διαστάσεις του σώματος.

H2: Η πατρική φροντίδα παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τις διαστάσεις του σώματος.

H3: Η μητρική υπερπροστασία ή έλεγχος παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τις διαστάσεις του σώματος.

H4: Η πατρική υπερπροστασία ή έλεγχος παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τις διαστάσεις του σώματος.

H5: Η μητρική φροντίδα έχει αρνητική συσχέτιση με την παρουσία διαταραγμένων διατροφικών στάσεων.

H6: Η πατρική φροντίδα έχει αρνητική συσχέτιση με την παρουσία διαταραγμένων διατροφικών στάσεων.

H7: Η μητρική υπερπροστασία ή έλεγχος έχει θετική συσχέτιση με την παρουσία διαταραγμένων διατροφικών στάσεων.

H8: Η πατρική υπερπροστασία ή έλεγχος έχει θετική συσχέτιση με την παρουσία διαταραγμένων διατροφικών στάσεων.

H9: Τα δύο φύλα παρουσιάζουν διαφορά στους τομείς που σχετίζονται με την ικανοποίηση από το σώμα.

H10: Δεν υπάρχει διαφορά σε σχέση με την ηλικία και τη σχέση με το σώμα και τις στάσεις ως προς τις διατροφικές συνήθειες.

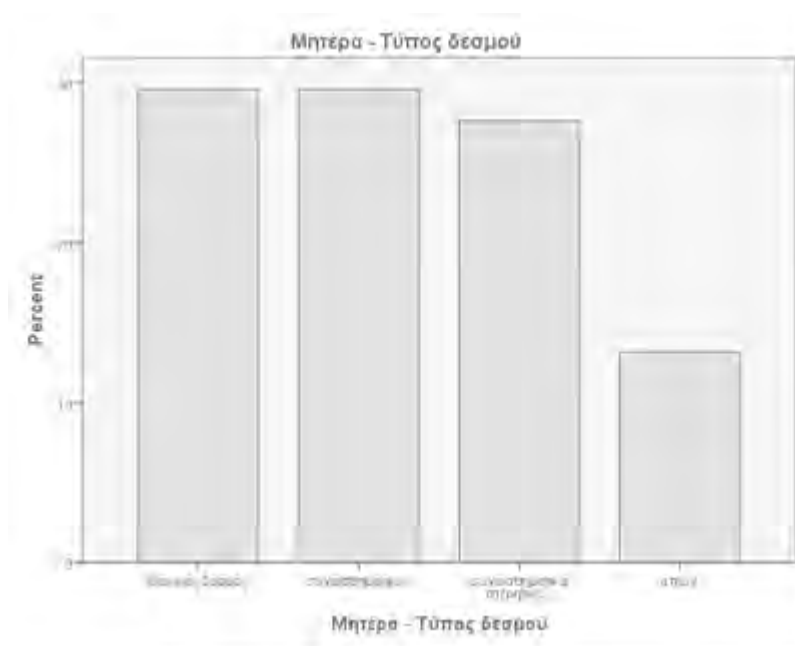
## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> : Μεθοδολογία

### 2.1 Δείγμα (Συμμετέχοντες)

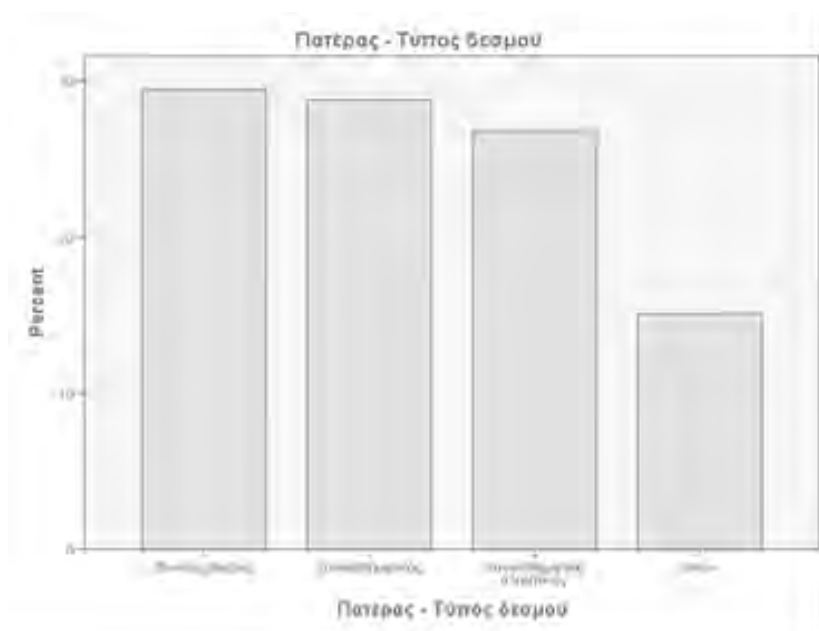
Το δείγμα της παρούσας έρευνας διαμορφώθηκε από 165 συμμετέχοντες, ενήλικες γυναίκες και άνδρες. Αναφορικά με την ηλικιακή του σύνθεση, το δείγμα κυμαίνονταν μεταξύ 18 και 52 έτη ( $M.O.=32.2$ ,  $T.A.=8.82$ ). Από τους 165 συμμετέχοντες οι 103 ήταν γυναίκες και οι 62 ήταν άνδρες. Η κατανομή των ατόμων του δείγματος ως προς το εκπαιδευτικό – μορφωτικό επίπεδο διαμορφώνεται από το 4.8% που ανήκουν στην κατηγορία Β/θμια εκπαίδευση, ακολουθεί η Γ/θμια με αθροιστικό ποσοστό 68% το οποίο επιμερίζεται σε 40% ΑΕΙ, 10,9% ΤΕΙ, 9% Ιδιωτικής εκπαίδευσης και 7.9% στρατιωτικών σχολών. Τέλος, ένα ποσοστό του 26.1% αφορά άτομα με μεταπτυχιακές σπουδές και ένα ποσοστό 1.2% κάτοχοι διδακτορικού. Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση οι συμμετέχοντες ήταν σε ποσοστό 39.3% έγγαμοι, 31.3% άγαμοι, 26.4% άγαμοι σε σχέση και 3.1% διαζευγμένοι (Πίνακας 1). Επίσης υπολογίστηκε βάσει του ερωτηματολογίου του γονεϊκού δεσμού, ο τύπος δεσμού που έχουν αναπτύξει οι συμμετέχοντες στην έρευνα με τους γονείς τους. Πιο συγκεκριμένα, ο τύπος δεσμού που έχουν αναπτύξει οι συμμετέχοντες με τη μητέρα τους κρίνεται ιδανικός σε ποσοστό 29.6% των περιπτώσεων του δείγματος, ενώ συναισθηματικός χαρακτηρίζεται ο δεσμός με τη μητέρα σε όμοια ποσοστό ατόμων 29.6%. Ως Συναισθηματικά στερητικός έχει αξιολογηθεί ο δεσμός στο 27.6% του δείγματος ενώ τελικά απουσία δεσμού εμφανίστηκε στο 13.2% των συμμετεχόντων. Όσον αφορά στον τύπο δεσμού που έχει αναπτυχθεί με τον πατέρα, κρίνεται ιδανικός για το 29.4% των συμμετεχόντων. Συναισθηματικός χαρακτηρίζεται ο δεσμός με τον πατέρα σε όμοιο σχεδόν και ελαφρά μικρότερο ποσοστό ατόμων της τάξεως του 28.8%, ενώ ως συναισθηματικά στερητικός έχει αξιολογηθεί ο δεσμός στο 26.8%. Απουσία δεσμού έχουν αναπτύξει το 15% των ερωτηθέντων της έρευνας. Παρατίθενται τα ποσοστά συχνοτήτων όπως προέκυψαν, στο διάγραμμα 1. για τον μητρικό δεσμό και στο διάγραμμα 2. για τον πατρικό δεσμό.

**Πίνακας 1:** Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=165) ως προς το εκπαιδευτικό τους υπόβαθρο, την εργασιακή την οικογενειακή τους κατάσταση

|                                   | N   | Σχετικές Συχνότητες % |
|-----------------------------------|-----|-----------------------|
| <b>Φύλο</b>                       |     |                       |
| Άνδρες                            | 62  | 37.6                  |
| Γυναίκες                          | 103 | 62.4                  |
| <b>Εκπαίδευση</b>                 |     |                       |
| Β/θμια                            | 8   | 4.8                   |
| Γ/θμια ΑΕΙ                        | 66  | 40.0                  |
| Γ/θμια ΤΕΙ                        | 18  | 10.9                  |
| Γ/θμια Ιδιωτική                   | 15  | 9.1                   |
| Γ/θμια Στρατιωτική                | 13  | 7.9                   |
| Μεταπτυχιακό                      | 43  | 26.1                  |
| Διδακτορικό                       | 2   | 1.2                   |
| <b>Απασχόληση</b>                 |     |                       |
| Φοιτητής/τρια                     | 48  | 29.1                  |
| Δημόσιος Υπάλληλος                | 29  | 17.6                  |
| Ιδιωτικός Υπάλληλος               | 28  | 17                    |
| Ελεύθερος<br>Επαγγελματίας        | 34  | 20.6                  |
| Στρατιωτικός                      | 15  | 9.1                   |
| Άλλο                              | 11  | 6.7                   |
| <b>Οικογενειακή<br/>Κατάσταση</b> |     |                       |
| Έγγαμος/η                         | 64  | 39.3                  |
| Άγαμος/η                          | 51  | 31.3                  |
| Άγαμος/η σε σχέση                 | 43  | 26.4                  |
| Διαζευγμένος/η                    | 5   | 3.1                   |



**Διάγραμμα 1:** Γράφημα ποσοστών συχνοτήτων του τύπου μητρικού δεσμού



**Διάγραμμα 2:** Γράφημα ποσοστών συχνοτήτων του τύπου πατρικού δεσμού

## 2.2 Ψυχομετρικά Εργαλεία

Οι συμμετέχοντες της έρευνας πέραν του δημογραφικού ερωτηματολογίου, συμπλήρωσαν τρία ερωτηματολόγια, δηλαδή ένα για κάθε μία μεταβλητή της έρευνας. Τα εργαλεία ήταν τα εξής:

1. Όργανο μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού - PBI (Parental Bonding Instrument), (Parker, Tupling & Brown, 1979).
2. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης Εικόνας Σώματος - MBSRQ (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire), (Cash, 2000).
3. Ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών - EAT 26 (Eating Attitudes Test-26), (Garner & Garfinkel, 1979).

### 2.2.1 Όργανο Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού

Το Όργανο Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού (Parental Bonding Instrument) δημιουργήθηκε από τους Parker, Tupling & Brown (1979), με σκοπό να αποτελέσει ένα σταθερό όργανο μέτρησης του συναισθηματικού δεσμού που αναπτύσσεται ανάμεσα στο γονέα και το παιδί. Το συγκεκριμένο εργαλείο καταγράφει τον τύπο προσκόλλησης που έχει αναπτύξει το άτομο με τους γονείς του, ξεχωριστά με την μητέρα του και τον πατέρα του. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα που συμπληρώνουν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο προσπαθούν να θυμηθούν ολόκληρη την περίοδο της παιδικής τους ηλικίας μέχρι περίπου τα 16 τους χρόνια και αξιολογούν ξεχωριστά τη συμπεριφορά του πατέρα και της μητέρας τους σε ερωτηματολόγιο 25 δηλώσεων. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων (τύπου Likert) ανάλογα με το πόσο συχνή ή όχι ήταν η συμπεριφορά του γονέα (πολύ συχνά, αρκετά συχνά, λίγες φορές, σχεδόν ποτέ) (Parker et al., 1979).

Το Όργανο Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού μπορεί να συμπληρωθεί από έφηβους 16 ετών και άνω και ενήλικες όλων των ηλικιών. Αποτελείται από δύο κλίμακες – διαστάσεις της γονεϊκής συμπεριφοράς. Την κλίμακα της φροντίδας και την κλίμακα της υπερπροστασίας ή του ελέγχου. Η υψηλή ή χαμηλή φροντίδα-προστασία καθορίζεται από κάποια βαθμολογικά αποτελέσματα (cut-off scores), τα οποία οριοθετούν την κάθε κλίμακα ξεχωριστά. Πιο συγκεκριμένα, για τις μητέρες η φροντίδα



θεωρείται υψηλή εάν το τελικό άθροισμα των επί μέρους ερωτήσεων που αποτελούν την κλίμακα της φροντίδας ισούται ή είναι μεγαλύτερο του 27.0 ενώ για την προστασία έχει καθοριστεί το όριο του 13.5. Για τους πατέρες η φροντίδα θεωρείται υψηλή εάν το τελικό άθροισμα ισούται ή ξεπερνά το 24.0, ενώ η αντίστοιχη βαθμολογία για τη διάσταση της προστασίας είναι το 12.5. Σε ένα ερωτηματολόγιο καταγραφής τύπου σχέσεων-προσκόλλησης παιδιού-γονέων θα μπορούσαν να μετρηθούν πολλές διαφορετικές διαστάσεις και συμπεριφορές, ωστόσο η επιλογή της φροντίδας και της προστασίας ως βασικές διαστάσεις του PBI δεν ήταν τυχαία (Parker, 1990). Οι δύο διαφορετικές διαστάσεις του δεσμού, διερευνώνται μέσα από τις δηλώσεις του ερωτηματολογίου. Για παράδειγμα, η διάσταση της φροντίδας και για τους δύο γονείς διερευνάται με δηλώσεις όπως: *«Μου μιλούσε με ζεστή και φιλική φωνή...»* ή *«Με έκανε να αισθάνομαι καλύτερα όταν ήμουν ταραγμένος/η...»*. Αντίστοιχα, η διάσταση της υπερπροστασίας/ελέγχου διερευνάται μέσα από το ερωτηματολόγιο με δηλώσεις όπως: *«Με άφηγε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν...»* ή *«Αισθανόταν ότι χωρίς την παρουσία του δεν θα μπορούσα να φροντίσω τον εαυτό μου»*. Οι δύο αυτές διαστάσεις (φροντίδα – προστασία) προτείνονται από πολλές παραγοντικές μελέτες ως βασικές διαστάσεις που καθορίζουν όλες τις διαπροσωπικές σχέσεις (Hinde, 1974) και παράλληλα φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη του παιδιού αποτελώντας τη βάση των περισσότερων ψυχιατρικών διαταραχών (Parker, 1983).

Εκτός από τις βαθμολογίες που μας δίνει το ερωτηματολόγιο για κάθε κλίμακα ξεχωριστά (φροντίδας και προστασίας-ελέγχου), οι γονείς μπορούν να «ταξινομηθούν» σε έναν από τους τέσσερις διαφορετικούς τύπους δεσμού, επιτρέποντας στον ερευνητή να το χρησιμοποιήσει και κατά αυτόν τον τρόπο. Βασιζόμενοι στα βαθμολογικά αποτελέσματα και τα cut-off score που οριοθετούν κάθε κλίμακα ξεχωριστά για τον πατέρα και τη μητέρα προκύπτει ο τύπος δεσμού. Ο ιδανικός δεσμός (optimal bond) προκύπτει από υψηλή φροντίδα χωρίς υπερπροστασία. Από την υψηλή φροντίδα και την υψηλή προστασία προκύπτει ο συναισθηματικός τύπος δεσμού (affectionate bond). Η υψηλή προστασία και η χαμηλή φροντίδα δίνουν δεσμό χωρίς συναισθήματα (affectionless bond). Τέλος, χαμηλές βαθμολογίες και στις δύο κλίμακες δεν συνθέτουν κανένα είδος δεσμού επομένως λέγεται ότι υπάρχει απουσία δεσμού (absent bond).

Για την κατασκευή του ερωτηματολογίου από τον κατασκευαστή και τον έλεγχο αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου του Parker συμμετείχαν 150 υποκείμενα

ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και φοιτητές ιατρικής καθώς και 500 ειδικευόμενοι. Ο δείκτης αξιοπιστίας του εργαλείου για κάθε κλίμακα ήταν στη δημοσίευση του κατασκευαστή, 0.88 για την κλίμακα της φροντίδας και 0.74 στην κλίμακα της προστασίας (Parker et al., 1979). Στην ελληνική έκδοση η κλίμακα έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί κατάλληλα στην ελληνική γλώσσα με τη μέθοδο της μετάφρασης-επαναμετάφρασης από ειδικό στη μετάφραση-διερμηνεία ενώ μελετήθηκε η αξιοπιστία της, η οποία βρέθηκε πολύ καλή ( $\alpha=.76$ ) για το σύνολο της κλίμακας (Αβαγιανού & Ζαφειροπούλου, 2008). Για τους σκοπούς της παρούσα έρευνας χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του *Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού* (Αβαγιανού & Ζαφειροπούλου, 2003 στον Σταλικά, Τριλίβα & Ρούσση, 2012).

Στο δείγμα της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας και υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha για τις κλίμακες της φροντίδας και της προστασίας της μητέρας και του πατέρα αντίστοιχα.

### **2.2.2 Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της Εικόνας Σώματος**

Το Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της Εικόνας Σώματος (The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-MBSRQ) κατασκευάστηκε από τον Thomas Cash (Cash, 2000). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς με 69 δηλώσεις για την προσωπική εκτίμηση και αξιολόγηση των διαφορετικών διαστάσεων της εικόνας του σώματος. Η εικόνα σώματος αποτελεί το σύνολο των γνωστικών και συμπεριφορικών στάσεων ενός ατόμου απέναντι στην φυσική του εικόνα (Cash & Pruzinsky, 1990). Στην έννοια «στάσεις» περιλαμβάνονται το σύνολο των γνωστικών, αξιολογικών και συμπεριφορικών στοιχείων. Πιο συγκεκριμένα, η φυσική εμφάνιση του ατόμου δεν περιλαμβάνει μόνο την εξωτερική του εικόνα αλλά και την αποδοτικότητα του σώματος όσον αφορά στην φυσική κατάσταση και την βιολογική του ακεραιότητα, την υγεία του. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται 69 δηλώσεις όπου η κάθε μία βαθμολογείται από μία πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, η οποία εκτείνεται από το 1 «οπωσδήποτε Διαφωνώ» έως το 5 «οπωσδήποτε συμφωνώ» και εκτιμά παραμέτρους όπως: *Αξιολόγηση εξωτερικής εμφάνισης* (Appearance Evaluation Scale), *Εμμονή με το υπέρβαρο* (Overweight Preoccupation Scale) κ.α.. Ο

χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωσή του κυμαίνεται από 10-20 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε ενήλικες και εφήβους 15 ετών και άνω. Δεν είναι κατάλληλο για παιδιά. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα του εν λόγω ερωτηματολογίου είναι ότι μπορεί να συμπληρωθεί εξίσου και από τα δύο φύλα, κάτι που αποτέλεσε και κριτήριο για την επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου στην παρούσα έρευνα. Η εσωτερική του αξιοπιστία θεωρείται πολύ καλή καθώς έχει δείκτες Cronbach's alpha από .70 έως .94 (Cash, 1986).

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δέκα (10) υποκλίμακες:

1. **Αξιολόγηση Εξωτερικής Εμφάνισης:** Αισθήματα φυσικής ελκυστικότητας ή το αντίθετο από την εξωτερική εμφάνιση. Υψηλές τιμές δείχνουν ικανοποίηση από την εξωτερική τους εμφάνιση, ενώ χαμηλές το αντίθετο. (π.χ.: *«Μου αρέσει όπως δείχνω με τα ρούχα μου..»*)
2. **Στάση ως προς την εξωτερική εμφάνιση:** Πόσο επενδύει κάποιος στην εξωτερική του εικόνα. Υψηλές τιμές δείχνουν πώς το άτομο προσδίδει μεγάλη σημασία στην εικόνα του και εμπλέκεται σε ποικίλες ενέργειες που περιλαμβάνουν καλλωπισμό. Χαμηλές τιμές δείχνουν ότι το άτομο δεν επενδύει σημαντικά στο να «δείχνει καλά». (π.χ. *«Πριν βγω έξω χρειάζομαι πολύ ώρα για να ετοιμαστώ...»*).
3. **Αξιολόγηση φυσικής κατάστασης:** Αυτή η κλίμακα μετράει το κατά πόσο κάποιος νιώθει ότι το σώμα του βρίσκεται σε καλή φυσική κατάσταση και είναι σε «φόρμα». Υψηλά σκορ δείχνουν ότι κάποιος νιώθει σωματικά δραστήριος και σε καλή φυσική κατάσταση και εμπλέκεται σε δραστηριότητες ώστε να διατηρήσει αυτή τη φυσική κατάσταση, ενώ χαμηλά σκορ το ακριβώς αντίθετο. (π.χ.: *«Η φυσική μου κατάσταση είναι καλή...»*).
4. **Στάση ως προς την φυσική κατάσταση:** Κατά πόσο κάποιος επενδύει στην καλή φυσική κατάσταση και την άσκηση. Υψηλά σκορ δείχνουν άτομα που επενδύουν στην καλή φυσική κατάσταση του σώματος ενώ χαμηλά σκορ το αντίθετο. (π.χ.: *«Το να συμμετέχω σε αθλήματα είναι ασήμαντο για μένα...»*).
5. **Αξιολόγηση της υγείας:** Πώς νιώθει το άτομο σε σχέση με τη σωματική του υγεία. Νιώθει το σώμα του υγιές όταν σκοράρει υψηλές βαθμολογίες, ενώ χαμηλές

βαθμολογίες δείχνουν ότι το άτομο νιώθει ευάλωτο σε σχέση με την υγεία του. (π.χ.: «Σπάνια είμαι σωματικά άρρωστος/η...»).

6. **Στάση ως προς την υγεία:** Υψηλά σκορ δείχνουν ότι το άτομο είναι σε εγρήγορση για σωματικά συμπτώματα και ακολουθούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής. (π.χ.: «Έχω αναπτύξει σκόπιμα έναν υγιεινό τρόπο ζωής...»).

7. **Στάση ως προς την ασθένεια:** Υψηλά σκορ δείχνουν μία επαγρύπνηση στην ασθένεια και στα συμπτώματά της. Χαμηλά σκορ δείχνουν μία λιγότερο προσανατολισμένη στάση απέναντι στα σωματικά συμπτώματα της ασθένειας. (π.χ.: «Εάν είμαι άρρωστος/η δεν δίνω μεγάλη προσοχή στα συμπτώματα»).

8. **Ικανοποίηση από συγκεκριμένες περιοχές του σώματος:** Υψηλές τιμές στις απαντήσεις των ερωτηθέντων δείχνουν μία γενική ικανοποίηση από περιοχές του σώματός τους. Χαμηλές τιμές αντίθετα υποδηλώνουν μία γενικότερη δυσαρέσκεια όσον αφορά το μέγεθος και το σχήμα του σώματος. Ο ερωτώμενος καλείται να επιλέξει ανάμεσα από τις τέσσερις παρακάτω επιλογές. (π.χ.: 1. Πολύ δυσαρεστημένος/η, 2. Μέτρια δυσαρεστημένος/η, 3. Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η, 4. Μέτρια ικανοποιημένος/η, 5. Πολύ ικανοποιημένος/η, από συγκεκριμένες περιοχές του σώματος όπως: πρόσωπο, μαλλιά, ύψος κλπ).

9. **Εμμονή με το υπέρβαρο:** Αυτή η κλίμακα αξιολογεί την εμμονή με τον έλεγχο του βάρους και το άγχος που προκύπτει από το φόβο να μην πάρει το άτομο κιλά, καθώς και την εμμονή με διαιτητικές συμπεριφορές. (π.χ.: «Γνωρίζω και την πιο μικρή μεταβολή στο βάρος μου», «Βρίσκομαι σε δίαιτα...»).

10. **Αυτοκατηγοριοποίηση Βάρους:** Αυτή η κλίμακα αντανakλά το πώς το κάθε άτομο κατηγοριοποιεί το βάρος του από λιποβαρές, κανονικό μέχρι υπέρβαρο. (π.χ.: «Νομίζω ότι είμαι: 1. Υπερβολικά ελλιποβαρής, 2. Μέτρια-κάπως αδύνατος/η, 3. Κανονικού βάρους, 4. Σχετικά υπέρβαρος/η, 5. Πολύ υπέρβαρος/η»).

### 2.2.3 Ερωτηματολόγιο Διατροφικών Συνηθειών

Το ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών (Eating Attitudes Test, EAT-26), αποτελεί το πιο ευρέως γνωστό ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για την ανίχνευση διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών. Το EAT-26 αποτελεί την εξέλιξη του EAT- 40 το οποίο κατασκευάστηκε από τους Garner & Garfinkel και παρουσιάζεται στο πρωταρχικό τους άρθρο (Garner & Garfinkel, 1979). Το αρχικό ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε με σκοπό να μελετήσει κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες που επιδρούν στην ανάπτυξη και συντήρηση των διατροφικών διαταραχών Έκτοτε ακολούθησαν άρθρα με τις τελικές διορθώσεις του εργαλείου όπου προτείνεται η αναθεωρημένη και τελική μορφή των 26 δηλώσεων (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982. Lee, Kwok, Liau & Leung, 2002. Mintz & O'Halloran, 2000). Τα ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε σχεδόν 40 χρόνια πριν, ωστόσο αποτελεί μέχρι και σήμερα ένα πολύτιμο εργαλείο στα χέρια των ειδικών για το πεδίο των διατροφικών διαταραχών. Στην ελληνική του έκδοση έχει προσαρμοστεί από τους Βάρσου και Τρίκκας (1991) από όπου πήραμε και την άδεια για την χρήση του στην παρούσα έρευνα. Το συγκεκριμένο εργαλείο δεν αποτελεί μέσο διάγνωσης των διατροφικών διαταραχών όπως και κανένα άλλο εργαλείο δεν έχει σχεδιαστεί ώστε μόνο αυτό να αρκεί για την εξαγωγή διάγνωσης διατροφικής διαταραχής. Αποτελεί μέσο αξιολόγησης για μια πρώτη εκτίμηση όσον αφορά τα συμπτώματα των διαταραχών πρόσληψης τροφής και συνεπώς τα αποτελέσματά του πρέπει να ερμηνεύονται με απόλυτη προσοχή από τον εκάστοτε ειδικό.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 26 δηλώσεις αυτοαναφοράς στις οποίες ο συμμετέχων/ουσα καλείται να επιλέξει από μία 6-βάθμια κλίμακα τύπου Likert ανάμεσα στο 1 (Πάντα) έως το 6 (Ποτέ). Σύμφωνα με το εγχειρίδιο χρήσης του ερωτηματολογίου και του τρόπου υπολογισμού του εργαλείου, ερωτηματολόγια που συγκεντρώνουν αθροιστικά τιμές 20 και πάνω (Cut-off score  $\geq 20$  ) στο σύνολο των 26 δηλώσεων, δείχνουν άτομα που πιθανόν παρουσιάζουν μία διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και χρήζουν περαιτέρω αξιολόγησης (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). Καθώς η άρνηση των συμμετεχόντων για τα συμπτώματά τους αποτελεί συχνά πρόβλημα στα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, χαμηλά σκορ δεν πρέπει να ερμηνεύονται ως απουσία κάποια διατροφικής διαταραχής.

Οι 26 δηλώσεις του ερωτηματολογίου διαμορφώνουν τρεις υποκλίμακες όπως έχει προταθεί από τις παραγοντικές αναλύσεις που έκανε στο δείγμα του ο κατασκευαστής: 1) Δίαιτα, 2) Βουλιμία και Εμμονή με το Φαγητό, 3) Στοματικός Έλεγχος.

### **2.3 Διαδικασία – Συλλογή Των Δεδομένων Της Έρευνας**

Τα τρία ερωτηματολόγια που παρουσιάστηκαν παραπάνω συνοδεύονταν από ένα επιπλέον σύντομο ερωτηματολόγιο, που περιείχε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, επαγγελματική κατάσταση και οικογενειακή κατάσταση.

Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Όλα τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες ως ένα σύνολο, το οποίο αποτελούνταν από τέσσερα μέρη, Ένα μέρος δηλαδή, η συμπλήρωση των δημογραφικών και τρία επιπλέον διαφορετικά μέρη για κάθε ερωτηματολόγιο, ενώ στην αρχή κάθε ερωτηματολογίου δίνονταν σύντομες οδηγίες συμπλήρωσης (Παράρτημα 1). Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της συμπτωματικής δειγματοληψίας (ή δειγματοληψία ευκολίας) που βασίζεται στη συλλογή ατόμων που είναι άμεσα διαθέσιμοι, προσβάσιμοι και πρόθυμοι να συμμετέχουν στην έρευνα σε εθελοντική βάση, από διάφορες περιοχές του Νομού Λάρισας και του Νομού Μαγνησίας. Τα ερωτηματολόγια διαμοιράστηκαν από την ίδια την ερευνήτρια ενώ σε κάποιες περιπτώσεις όπου η πρόσβαση από την ερευνήτρια ήταν δύσκολη, εφαρμόστηκε η μέθοδος της χιονοστιβάδας (Babbie, 2011), σύμφωνα με την οποία κάποιοι συμμετέχοντες έδωσαν οι ίδιοι τα ερωτηματολόγια σε υποκείμενα που πληρούσαν τις προδιαγραφές συμμετοχής στην έρευνα. Να έχουν συμπληρώσει δηλαδή το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους. Κάθε υποκείμενο, ενημερώνονταν για τους σκοπούς της έρευνας από την ίδια την ερευνήτρια και από ένα εισαγωγικό κείμενο στην αρχή κάθε «πακέτου» ερωτηματολογίων ώστε να γίνεται κατανοητό από όλους τους συμμετέχοντες (ακόμα και από εκείνους που συμμετείχαν με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας) ο τρόπος και ο σκοπός της συμμετοχής τους στην έρευνα. Επιπλέον, όλοι οι συμμετέχοντες λάμβαναν τη διαβεβαίωση για την ανωνυμία των προσωπικών τους δεδομένων και της συμμετοχής τους και ρωτούνταν αν επιθυμούσαν να

συμμετάσχουν εθελοντικά στην έρευνα. Τέλος, δόθηκε στους συμμετέχοντες η δυνατότητα να ζητήσουν να ενημερωθούν από την ερευνήτρια μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, για τα αποτελέσματα της έρευνας.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> Αποτελέσματα

### 3.1 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Οι πρώτες αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν ήταν οι παραγοντικές αναλύσεις των δύο εκ των τριών ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Στο ερωτηματολόγιο του Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού επιλέχθηκε να μην γίνει παραγοντική ανάλυση καθώς ο υπολογισμός των τεσσάρων διαφορετικών τύπου δεσμού μπορεί να υπολογιστεί μόνο μέσα από τους δύο παράγοντες που προτείνει ο κατασκευαστής. Αφού πραγματοποιήθηκαν οι παραγοντικές αναλύσεις και συγκρίθηκαν οι νέοι παράγοντες με αυτούς των κατασκευαστών, για τους σκοπούς της έρευνας επιλέχθηκε να χρησιμοποιήσουμε τα ερωτηματολόγια με τους παράγοντες που προτείνουν οι κατασκευαστές για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνας.

Καθώς πρόκειται για μία συσχετιστική έρευνα, για την διερεύνηση των ερευνητικών μας ερωτημάτων πραγματοποιήθηκε συσχέτιση των παραγόντων του γονεϊκού δεσμού με τις διαστάσεις της εικόνας του σώματος καθώς και με το συνολικό σκορ του εργαλείου των στάσεων ως προς τις διατροφικές συνήθειες, εφαρμόζοντας το στατιστικό εργαλείο συσχέτισης του Pearson  $r$ . Επίσης εφαρμόζεται έλεγχος  $\chi^2$  όπου ικανοποιούνται οι συνθήκες εφαρμογής για τον εντοπισμό εξάρτησης μεταξύ του τύπου γονεϊκού δεσμού και την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Το επίπεδο σημαντικότητας που χρησιμοποιείται είναι ( $p=.05$ ). Όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία πραγματοποιήθηκε σύγκριση μέσων όρων με το εργαλείο One Way ANOVA για κάθε μεταβλητή ξεχωριστά, ενώ για τη σύγκριση μέσων όρων με βάση το φύλο, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξάρτητων δειγμάτων μέσω του εργαλείου Independent Sample T-Test. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS 20).

### 3.2 Παραγοντικές αναλύσεις

Στο πρώτο στάδιο των αναλύσεων πραγματοποιήθηκε η διαδικασία της παραγοντικής ανάλυσης για κάθε μία από τις τέσσερις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν



στην παρούσα έρευνα. Ο στόχος αυτής της διαδικασίας είναι να ελέγξουμε εάν η κάθε κλίμακα, μετά την προσαρμογή της στα ελληνικά, καθώς και με τον τρόπο που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα και τις ιδιαιτερότητες του δείγματος, συνεχίζει να είναι αξιόπιστη. Παρακάτω περιγράφεται αναλυτικά η διαδικασία της παραγοντικής ανάλυσης για κάθε κλίμακα.

### **3.2.1 Παραγοντική ανάλυση Ερωτηματολογίου Αυτοαναφοράς για την Αξιολόγηση της Εικόνας Σώματος**

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό, και έχει χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες ελληνικές έρευνες μέσω της προσαρμογής των ερωτήσεων στην ελληνική γλώσσα με τη μέθοδο της μετάφρασης επαναμετάφρασης (Pollatou, Bakali, Theodorakis & Goudas, 2010; Costarelli, Demerzi & Stamou, 2009). Συνεπώς, κρίθηκε σκόπιμο στην παρούσα έρευνα, μέσω του δείγματος που συλλέχθηκε, να μελετηθεί η παραγοντική του δομή και η αξιοπιστία των προτάσεών του. Η διερεύνηση της παραγοντικής δομής του εργαλείου έγινε με την χρήση των πρωταρχικών συνιστωσών (Principal components analysis) με τη μέθοδο περιστροφής των αξόνων<sup>3</sup> (Varimax) του *Ερωτηματολογίου Αξιολόγησης της Εικόνας Σώματος*. Το κριτήριο «κρυμμένης ρίζας» (latent root) ή Kaiser Meyer-Olkin (KMO) επιβεβαίωσε την επάρκειας του δείγματος ( $KMO=.76$ ) ενώ ο έλεγχος σφαιρικότητας Bartlett's ήταν στατιστικά σημαντικός (Bartlett's test of sphericity  $p=.000$ ) συνεπώς η παραγοντική ανάλυση εφαρμόζεται (Δημητριάδης, 2010). Από την παραγοντική προέκυψαν έντεκα παράγοντες έναντι των δέκα που προτείνει ο κατασκευαστής ενώ κάποιες δηλώσεις δεν φορτώνουν σε κάποιο παράγοντα. Ωστόσο, οι διαφορές που παρατηρούνται στην παραγοντική δομή δεν αποτελούν παραβίαση του θεωρητικού υπόβαθρου στο οποίο βασίστηκε η κατασκευή του ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς σε σχέση με την εικόνα του σώματος. Συνεπώς, για ερευνητικούς σκοπούς οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν βάσει της πρωτότυπης παραγοντικής δομής που προτείνει ο κατασκευαστής και περιγράφονται αναλυτικά (Cash, 2000).

Γενικότερα, οι όποιες διαφοροποιήσεις στη σύνθεση των επιμέρους παραγόντων των διαστάσεων της εικόνας του σώματος μπορεί να οφείλονται στο μέγεθος του δείγματος και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, καθώς και σε πολιτισμικούς παράγοντες που οδηγούν τους Έλληνες συμμετέχοντες να αντιλαμβάνονται διαφορετικά τις προτάσεις που περιγράφουν τις διαστάσεις της εικόνα του σώματος. Παρακάτω παρατίθεται πίνακας με τις μέσες τιμές του δείγματος που προέκυψε από το σύνολο των απαντήσεών τους για κάθε κλίμακα ξεχωριστά. (Πίνακας 1).

**Πίνακας 1: Μέση Τιμή και Τυπικές Αποκλίσεις του δείγματος (N=165)**

|                                                           | Δείγμα (N=165) |      |
|-----------------------------------------------------------|----------------|------|
|                                                           | M.T.           | T.A. |
| <b>Αξιολόγηση Εξωτερικής Εμφάνισης</b>                    | 3.7            | .70  |
| <b>Στάση στην Εξωτερική Εμφάνιση</b>                      | 3.2            | .50  |
| <b>Αξιολόγηση Φυσικής Κατάστασης</b>                      | 3.6            | .72  |
| <b>Στάση στην Φυσική Κατάσταση</b>                        | 3.4            | .80  |
| <b>Αξιολόγηση Υγείας</b>                                  | 3.8            | .70  |
| <b>Στάση στην Υγεία</b>                                   | 3.6            | .51  |
| <b>Στάση στην Ασθένεια</b>                                | 3.2            | .75  |
| <b>Ικανοποίηση από συγκεκριμένες περιοχές του σώματος</b> | 3.8            | .60  |
| <b>Εμμονή με το υπέρβαρο</b>                              | 2.6            | .90  |
| <b>Αυτοκατηγοριοποίηση Βάρους</b>                         | 3.1            | .70  |

Επίσης, για την παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας και υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha για τους επιμέρους παράγοντες του ερωτηματολογίου οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. (Πίνακας 2).

**Πίνακας 2:** Εσωτερική αξιοπιστία του συνολικού εργαλείου και των επιμέρους παραγόντων του ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση της εικόνας σώματος. (MBSRQ).

|                                                                | <b>Cronbach's<br/>Alpha</b> |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Συνολική αξιοπιστία ερωτηματολογίου</b>                     | .89                         |
| <b>Αξιολόγηση εξωτερικής εμφάνισης</b>                         | .85                         |
| <b>Στάση ως προς την εξωτερική εμφάνιση</b>                    | .70                         |
| <b>Αξιολόγηση φυσική κατάσταση</b>                             | .60                         |
| <b>Στάση ως προς τη φυσική κατάσταση</b>                       | .90                         |
| <b>Αξιολόγηση της υγείας</b>                                   | .77                         |
| <b>Στάση ως προς την υγεία</b>                                 | .62                         |
| <b>Στάση ως προς την ασθένεια</b>                              | .75                         |
| <b>Ικανοποίηση από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του σώματος</b> | .78                         |
| <b>Εμμονή με το υπέρβαρο</b>                                   | .70                         |
| <b>Αυτοκατηγοριοποίηση βάρους</b>                              | .88                         |

### **3.2.2 Παραγοντική ανάλυση Ερωτηματολογίου Στάσεων ως προς τις Διατροφικές Συνήθειες**

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό, και έχει χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες ελληνικές έρευνες μέσω της προσαρμογής

των ερωτήσεων στην ελληνική γλώσσα με τη μέθοδο της μετάφρασης επαναμετάφρασης (Βάρσου & Τρίκκας, 1992). Συνεπώς, κρίθηκε σκόπιμο στην παρούσα έρευνα, μέσω του δείγματος που συλλέχθηκε, να μελετηθεί η παραγοντική του δομή και η αξιοπιστία των προτάσεων του. Η διερεύνηση της παραγοντικής δομής του εργαλείου έγινε με την χρήση των πρωταρχικών συνιστωσών με μέθοδο περιστροφής στο δείγμα ώστε να εντοπιστούν οι παράγοντες που το συνθέτουν. Ωστόσο, το συγκεκριμένο εργαλείο χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα ως συνολική κλίμακα προκειμένου να διαπιστωθεί βάσει του αθροίσματος των τιμών ο βαθμός των φυσιολογικών ή μη στάσεων απέναντι στις διατροφικές συνήθειες. Το κριτήριο Kaiser Meyer-Olkin (KMO) επιβεβαίωσε την επάρκειας του δείγματος ( $KMO=.74$ ) ενώ ο έλεγχος σφαιρικότητας Bartlett's ήταν στατιστικά σημαντικός (Bartlett's test of sphericity  $p=.000$ ) συνεπώς η παραγοντική ανάλυση εφαρμόζεται (Δημητριάδης, 2010). Σύμφωνα με την ανάλυση βασικών συνιστωσών (principal component analysis) με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων (Varimax) του ερωτηματολογίου Διατροφικών Συνηθειών, όλες οι προτάσεις ήταν θετικά φορτισμένες στην πρώτη συνιστώσα, επιβεβαιώνοντας το γεγονός ότι η κλίμακα μετράει έναν ενιαίο παράγοντα που ονομάστηκε *«Στάση ως προς τις διατροφικές συνήθειες»*. Στο σύνολο της κλίμακας πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας και υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha ο οποίος βρέθηκε πολύ καλός ( $\alpha=.80$ ).

### 3.3 Δείκτης αξιοπιστίας Οργάνου Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού

Επίσης για τον έλεγχο της εσωτερικής αξιοπιστίας των παραγόντων του οργάνου μέτρησης γονεϊκού δεσμού (PBI) χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης εσωτερικής συνάφειας Cronbach's  $\alpha$ . Σύμφωνα με τον δείκτη οι κλίμακες της μητρικής και πατρικής φροντίδας και υπερπροστασίας έδειξαν καλή εσωτερική αξιοπιστία με τον παράγοντα της φροντίδας και την υπερπροστατευτικότητα της μητέρας να είναι ( $\alpha=.88$ ) και ( $\alpha=.72$ ), ενώ για την φροντίδα και υπερπροστατευτικότητα/έλεγχο του πατέρα η αξιοπιστία είναι ( $\alpha=.89$ ) και ( $\alpha=.76$ ) αντίστοιχα. (Πίνακας 3).

**Πίνακας 3:** Εσωτερική αξιοπιστία Κλιμάκων Φροντίδας και Προστασίας/Ελέγχου (Όργανο Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού – PBI)

| Κλίμακες                              | Cronbach's<br>Alpha |
|---------------------------------------|---------------------|
| Φροντίδα μητέρας                      | .88                 |
| Υπερπροστατευτικότητα/Έλεγχος μητέρας | .72                 |
| Φροντίδα πατέρα                       | .89                 |
| Υπερπροστατευτικότητα/Έλεγχος πατέρα  | .76                 |

### 3.4 Σχέση Μητρικής και Πατρικής Φροντίδας Και Υπερπροστασίας με τις διαστάσεις της Εικόνας του Σώματος και των Στάσεων ως προς τις Διατροφικές Συνήθειες

Στη συνέχεια των αναλύσεων για την εξαγωγή συμπερασμάτων και απαντήσεων στα ερευνητικά μας ερωτήματα, πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις. Πιο συγκεκριμένα, υπολογίστηκε η συσχέτιση με βάση τον συντελεστή Pearson  $r$ . Συσχετίστηκαν οι παράγοντες του οργάνου μέτρησης του γονεϊκού δεσμού, δηλαδή η φροντίδα και η υπερπροστασία τόσο της μητέρας όσο και του πατέρα με τους επιμέρους παράγοντες του ερωτηματολογίου της εικόνας του σώματος καθώς και με τη στάση ως προς τις διατροφικές συνήθειες. Αυτά άλλωστε αποτελούσαν και τα ερωτήματα της έρευνας. Να διερευνήσουμε δηλαδή, με ποιον τρόπο σχετίζεται η ποιότητα του δεσμού όσον αφορά το βαθμό φροντίδας και υπερπροστατευτικότητας της μητέρας και του πατέρα με την εικόνα του σώματος και με τη στάση απέναντι στις διατροφικές συνήθειες. Παρακάτω παρατίθενται αναλυτικά τα αποτελέσματά μαζί με τους πίνακές τους.

### 3.4.1 Σχέση Μητρικής και Πατρικής Φροντίδας και Υπερπροστασίας/Ελέγχου με τις διαστάσεις της Εικόνας του Σώματος

Διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ των διαστάσεων του γονεϊκού δεσμού και συγκεκριμένα της φροντίδας και της υπερπροστασίας ή ελέγχου σε σχέση με τις διαστάσεις της εικόνας του σώματος. Το παραπάνω ερώτημα διαμορφώθηκε ύστερα από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας η οποία υποστηρίζει πως η γονεϊκή φροντίδα συμβάλει σε μία υγιή σχέση με το σώμα από το οποίο αντλείται και ικανοποίηση, ενώ αντίθετα η υπερπροστατευτικότητα συνδέεται με μη ικανοποιητική σχέση με το σώμα και τις διαστάσεις του, οδηγώντας το άτομο στη δυσαρέσκεια απέναντι στο σώμα του. Προκειμένου να διαπιστώσουμε τις παραπάνω θέσεις εφαρμόσαμε τη μέθοδο συσχέτισης Pearson  $r$ , συσχετίζοντας τις διαστάσεις του μητρικού και πατρικού δεσμού με τις διαστάσεις της εικόνας του σώματος.

Αρχικά, η μητρική φροντίδα δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση όσον αφορά στην αξιολόγηση της εξωτερικής εμφάνισης και τις διαστάσεις που μετρούν την αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης εικόνας. Ωστόσο, η μητρική υπερπροστασία έδειξε να συσχετίζεται αρνητικά με την Αξιολόγηση της Υγείας του σώματος ( $p=-.20$ ,  $p<.05$ ) που σημαίνει πως το άτομο που έχει βιώσει μία μητέρα υπερπροστατευτική, τείνει να αξιολογεί χαμηλότερα την σωματική του υγεία. Την ίδια αρνητική συσχέτιση με την Αξιολόγηση της υγείας παρουσίασε και η πατρική υπερπροστασία ( $p=-.22$ ,  $p<.01$ ), κάτι που δείχνει πως το άτομο που μεγάλωσε τόσο σε ένα υπερπροστατευτικό περιβάλλον και εισέπραττε υπερπροστασία και έλεγχο τόσο από την πλευρά της μητέρας όσο και από την πλευρά του πατέρα, τείνουν να αξιολογούν χαμηλότερα την σωματική τους υγεία.

Όσον αφορά στη φροντίδα του πατέρα, η πατρική φροντίδα επιδρά θετικά στην αξιολόγηση της υγείας καθώς παρουσίασε θετική συσχέτιση ( $p=.22$ ,  $p<.01$ ) που σημαίνει πως όσο αυξάνεται η παροχή φροντίδας του πατέρα απέναντι στο ανήλικο παιδί τόσο τείνει μετέπειτα στη ζωή του ως ενήλικας να αξιολογεί τη σωματική του υγεία υψηλότερα. Η πατρική υπερπροστασία, παρουσίασε θετική συσχέτιση με τη στάση απέναντι στην εξωτερική εμφάνιση ( $p=.30$ ,  $p<.01$ ). Η θετική συσχέτιση αυτή, δείχνει πως ένα υπερπροστατευτικό περιβάλλον κάνει το άτομο να δίνει σημαντική

βαρύτητα στο πώς δείχνει, επενδύοντας πολύ παραπάνω στην εικόνα του και συνεπώς ακολουθεί συμπεριφορές που συνδέονται με την συνεχή βελτίωση της εικόνας του. Η πατρική υπερπροστασία ή ο έλεγχος από την άλλη, φάνηκε να παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την αξιολόγηση της εξωτερικής εμφάνισης. Δηλαδή, το άτομο που μεγάλωσε με έναν υπερπροστατευτικό και ελεγκτικό πατέρα, τείνει να αξιολογεί χαμηλότερα την εξωτερική του εικόνα. Όσον αφορά στην φυσική κατάσταση και το κατά πόσο την αξιολογεί το άτομο θετικά ή λιγότερο θετικά σε σχέση με κάποια από τις διαστάσεις του γονεϊκού δεσμού, φάνηκε πως η υπερπροστασία/έλεγχος του πατέρα συσχετίζεται αρνητικά με την αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης του ατόμου ( $p = -.19, p < .05$ ). Δηλαδή, όσο αυξάνεται η πατρική υπερπροστασία, το άτομο μειώνει την τιμή της αξιολόγησης της φυσικής κατάστασης του σώματός του. Τέλος, η πατρική υπερπροστασία και ο έλεγχος συσχετίζονται θετικά με τον παράγοντα που μετρά την εμμονή με το υπέρβαρο ( $p = .25, p < .01$ ), κάτι που δείχνει ότι τα άτομα που έχουν μεγαλώσει σε ένα περιβάλλον με την παρουσία ενός υπερπροστατευτικού και ελεγκτικού πατέρα παρουσιάζουν εμμονή με τον έλεγχο του βάρους τους, άγχος για το λίπος, επαγρύπνηση για τη διαίτα και τον περιορισμό του φαγητού. (Πίνακας 4).

**Πίνακας 4:** *Συσχέτιση (Pearson R) Διαστάσεων Μητρικού και Πατρικού Δεσμού (Φροντίδα και Υπερπροστασία) με την Ικανοποίηση από την Εικόνα Σώματος*

|                                                                     | Μητρική  |                           | Πατρική  |                           |
|---------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------------|
|                                                                     | Φροντίδα | Υπερπροστασία<br>/Έλεγχος | Φροντίδα | Υπερπροστασία/<br>Έλεγχος |
| Αξιολόγηση<br>Εξωτερικής<br>Εμφάνισης                               | .07      | .02                       | .13      | -.12*                     |
| Στάση στην<br>Εξωτερική<br>Εμφάνιση                                 | .09      | .09                       | .14      | .30**                     |
| Αξιολόγηση<br>Φυσικής<br>Κατάστασης                                 | .00      | -.15                      | .32      | -.19*                     |
| Στάση στην<br>Φυσική<br>Κατάσταση                                   | .03      | .05                       | .13      | -.10                      |
| Αξιολόγηση<br>Υγείας                                                | .10      | -.20*                     | .22**    | -.22**                    |
| Στάση στην<br>Υγεία                                                 | .15      | -.01                      | .15      | -.16                      |
| Στάση στην<br>Ασθένεια                                              | .04      | .13                       | .10      | .16                       |
| Ικανοποίηση<br>από<br>συγκεκριμένα<br>χαρακτηριστικά<br>του σώματος | -.01     | -.04                      | .08      | -.14                      |
| Εμμονή με το<br>Υπέρβαρο                                            | .04      | .16                       | .09      | .30**                     |
| Αυτοκατηγορι<br>οποίηση<br>Βάρους                                   | -.09     | -.09                      | -.04     | .05                       |

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$



### 3.4.2 Σχέση Μητρικής και Πατρικής Φροντίδας και Υπερπροστασίας/Ελέγχου με τις Στάσεις ως προς τις Διατροφικές Συνήθειες

Στη συνέχεια οι αναλύσεις προσανατολίστηκαν στη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των διαστάσεων του γονεϊκού δεσμού, δηλαδή της φροντίδας και της υπερπροστασίας σε σχέση με την υγιή ή μη στάση απέναντι στις διατροφικές συνήθειες. Στο ερωτηματολόγιο μέτρησης των στάσεων απέναντι στις διατροφικές συνήθειες όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ, τόσο περισσότερο το άτομο τείνει να παρουσιάζει διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες. Συγκεκριμένα ένα σκορ (cut-off score) το οποίο ορίζεται στις <20 μονάδες και πάνω, αποτελεί το ορόσημο μεταξύ ισορροπημένων και μη ισορροπημένων διατροφικών συνηθειών. Η συσχέτιση με το δείκτη συσχέτισης Pearson  $r$ , έδειξε θετική συσχέτιση της πατρικής υπερπροστασίας με την στάση ως προς τις Διατροφικές Συνήθειες ( $p=.20$ ,  $p<.05$ ). Δηλαδή, όσο αυξάνεται η πατρική υπερπροστασία, αυξάνεται και η βαθμολογία-σκορ στο ερωτηματολόγιο των διατροφικών στάσεων δηλώνοντας μία μη ισορροπημένη στάση ως προς τις διατροφικές συνήθειες. Πιο συγκεκριμένα, άτομα που έχουν μεγαλώσει σε ένα οικογενειακό περιβάλλον με έναν υπερπροστατευτικό και ελεγκτικό πατέρα φαίνεται να σκοράρουν υψηλότερα στο ερωτηματολόγιο που μετρά τις στάσεις απέναντι στις διατροφικές συνήθειες, κάτι που δείχνει πώς παρουσιάζουν μία διαταραγμένη σχέση με το φαγητό με πιθανότητα παρουσίας διαταραχών στην πρόσληψη τροφής. (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5:** *Συσχέτιση (Pearson R) Διαστάσεων Μητρικού και Πατρικού Δεσμού (Φροντίδα και Προστασία) με τη Στάση ως προς τις Διατροφικές Συνήθειες*

|                                        | Μητρική  |                           | Πατρική  |                           |
|----------------------------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------------|
|                                        | Φροντίδα | Υπερπροστασία<br>/Ελεγχος | Φροντίδα | Υπερπροστασία<br>/Ελεγχος |
| Στάση<br>διατροφικών<br>συνηθειών<br>n | .09      | .06                       | .03      | .20*                      |

\*  $p<.05$  \*\*  $p<.01$

### 3.4.3 Σχέση Τύπου Γονεϊκού Δεσμού με τη Στάση στις Διατροφικές Συνήθειες

Στη συνέχεια, χρησιμοποιήσαμε τους τέσσερις διαφορετικούς τύπους δεσμού που προκύπτουν από τις δύο διαστάσεις της φροντίδας και της υπερπροστασίας/ελέγχου και εφαρμόσαμε το στατιστικό κριτήριο,  $\chi^2$  (chi-square) προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ του τύπου δεσμού και της εμφάνισης διατροφικών διαταραχών σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο των στάσεων απέναντι στις διατροφικές συνήθειες. Από τον έλεγχο  $\chi^2$  δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική εξάρτηση του δεσμού με την κατανομή των ατόμων ως προς τη διατροφική διαταραχή. Ωστόσο, από περιγραφική εξέταση των αποτελεσμάτων μπορούν να εντοπιστούν τα εξής:

Σε σχέση με τον δεσμό της μητέρας, προκύπτει ότι οι υψηλότερες συχνότητες διαταραχών εντοπίζεται στην περίπτωση του συναισθηματικού δεσμού, ενώ όλοι οι υπόλοιποι τύποι εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά διαταραχών. (Πίνακας 6).

**Πίνακας 6:** Συχνότητα κατανομής τύπου μητρικού δεσμού και εμφάνισης συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής

|                       |                                  | Ανίχνευση διατροφικών διαταραχών |     |
|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----|
|                       |                                  | OXI                              | NAI |
| Μητέρα - Τύπος δεσμού | Ιδανικός δεσμός                  | 145                              | 20  |
|                       | Συναισθηματικός δεσμός           | 131                              | 34  |
|                       | Συναισθηματικά στερητικός δεσμός | 154                              | 11  |
|                       | Απών δεσμός                      | 146                              | 19  |

Αναφορικά με τον δεσμό του πατέρα, το υψηλότερο ποσοστό διαταραχών εμφανίζεται στην περίπτωση του συναισθηματικά στερητικού δεσμού. Αντίθετα, τα μικρότερα ποσοστά εμφάνισης συμπτωμάτων διατροφικών διαταραχών, εμφανίζονται στις περιπτώσεις ιδανικού δεσμού και απουσίας δεσμού με τον πατέρα. (Πίνακας 7).

**Πίνακας 7:** Συχνότητα κατανομής τύπου πατρικού δεσμού και εμφάνισης συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής

|                        |                                  | Ανίχνευση διατροφικών διαταραχών |      |
|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------|
|                        |                                  | OXI                              | NAI  |
| Πατέρας - Τύπος δεσμού | Ιδανικός δεσμός                  | 149                              | 16   |
|                        | Συναισθηματικός δεσμός           | 144                              | 21,1 |
|                        | Συναισθηματικά στερητικός δεσμός | 122                              | 43   |
|                        | Απών δεσμός                      | 150                              | 15   |

### 3.5 Συγκρίσεις μέσω των όρων των διαστάσεων της Εικόνας του Σώματος και των Στάσεων ως προς τις Διατροφικές Συνήθειες σε σχέση με το Φύλο

Στη συνέχεια θέλοντας να μελετήσουμε την επίδραση του φύλου στις διαστάσεις της εικόνας του σώματος και των στάσεων απέναντι στις διατροφικές συνήθειες, ακολουθήθηκε ο σχεδιασμός των ανεξάρτητων δειγμάτων. Συνεπώς, χρησιμοποιήθηκε η εκδοχή του κριτήριο  $t$  για ανεξάρτητα δείγματα, η οποία είναι κατάλληλη για αυτήν την περίπτωση. Στατιστικά σημαντική εξάρτηση με το φύλο παρουσιάζει η στάση ως προς την εξωτερική εμφάνιση, με τις γυναίκες να φαίνεται πως επενδύουν περισσότερο στην εξωτερική τους εμφάνιση από ότι οι άνδρες, ( $M.O.=3.6$ ,  $T.A.=.74$ ) για τους άνδρες, ( $M.O.=3.3$ ,  $T.A.=.75$ ) για τις γυναίκες [ $(t=-2.97^{**})$ ]. Επίσης στατιστικά σημαντική εξάρτηση παρουσίασε η στάση ως προς την φυσική κατάσταση, με τους άνδρες να φαίνεται πως επενδύουν περισσότερο στην σωματική τους άσκηση από ότι οι γυναίκες, ( $M.O.=3.5$ ,  $T.A.=.74$ ) για τους άνδρες και για τις γυναίκες ( $M.O.=3.3$ ,  $T.A.=.75$ ) [ $(t=1.98^{*})$ ]. Τέλος, σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα παρουσίασε ο παράγοντας της εμμονής με το υπέρβαρο, με τις γυναίκες να παρουσιάζουν μεγαλύτερη εμμονή από τους άντρες με τον έλεγχο του βάρους τους, ( $M.O.=2.4$ ,  $T.A.=.90$ ) για τους άνδρες και για τις γυναίκες ( $M.O.=2.7$ ,  $T.A.=.89$ ) [ $(t=-$

2.5\*\*)/. Για τις υπόλοιπες μεταβλητές δεν παρουσιάστηκε κάποια διαφορά μέσων όρων με στατιστικά σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στα δύο φύλα. (Πίνακας 8).

**Πίνακας 8:** Σύγκριση μέσων όρων μεταξύ των δύο φύλων για τους παράγοντες της εικόνας του σώματος και του ερωτηματολογίου των διατροφικών στάσεων

|                                             | Ανδρες<br>(N=62) |        | Γυναίκες<br>(N=103) |        | <i>t(df)</i><br><i>t(163)</i> |
|---------------------------------------------|------------------|--------|---------------------|--------|-------------------------------|
|                                             | M.O.             | (T.A.) | M.O.                | (T.A.) |                               |
| <b>Στάση ως προς την εξωτερική εμφάνιση</b> | 3.0              | .74    | 3.3                 | .75    | -2.97**                       |
| <b>Στάση ως προς τη φυσική κατάσταση</b>    | 3.5              | .74    | 3.3                 | .75    | 1.98*                         |
| <b>Εμμονή με το υπέρβαρο</b>                | 2.4              | .90    | 2.7                 | .89    | -2.5**                        |

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Συζήτηση

Στο παρόν κεφάλαιο θα πραγματοποιηθεί μία περαιτέρω ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, θα επιχειρηθεί να εντοπιστούν σημεία των αποτελεσμάτων που συμφωνούν με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών επιβεβαιώνοντας τις υποθέσεις της έρευνας ή απορρίπτοντάς τες. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται προτάσεις εφαρμογής των αποτελεσμάτων της έρευνας στο πεδίο της εφαρμοσμένης συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας, αλλά και πρόσθετες προτάσεις για περαιτέρω μελλοντικά έρευνες. Τέλος, παρουσιάζονται οι περιορισμοί της έρευνας που προέκυψαν κατά τη διαδικασία της εκπόνησής της.

Αρχικά, διαπιστώθηκε πως η διάσταση της υπερπροστασίας/ελέγχου του γονεϊκού δεσμού συσχετίστηκε με τις περισσότερες διαστάσεις του ερωτηματολογίου που αξιολογεί τη σχέση με το σώμα, επιβεβαιώνοντας την υπόθεση H4, σύμφωνα με την οποία, η πατρική υπερπροστασία ή έλεγχος παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση με τις διαστάσεις του σώματος.

Ειδικότερα, η πατρική υπερπροστασία και ο πατρικός έλεγχος παρουσίασε στατιστικά σημαντική αρνητικά συσχέτιση με την κλίμακα «αξιολόγηση της εξωτερικής εμφάνισης». Δηλαδή, όσο αυξάνεται η πατρική υπερπροστασία και ο έλεγχος μειώνεται ο βαθμός με τον οποίο βλέπει το άτομο θετικά την εικόνα του. Αυτό συμφωνεί με ευρήματα προηγούμενων ερευνών που θέλουν τα άτομα που μεγάλωσαν σε υπερπροστατευτικά περιβάλλοντα και ελεγκτικά, είτε αυτός ο έλεγχος προερχόταν από τη μητέρα είτε από τον πατέρα, να αναπτύσσουν μία δυσaréσκεια από το σώμα (Miles-Mclean et al., 2014). Η παραπάνω διαπίστωση της παρούσας έρευνας συμφωνεί επίσης και με την έρευνα των Cheng και Malinkrodt (2009) και του Cash et al. (2004), οι οποίοι στις έρευνές τους ισχυρίζονται πως ένας ανασφαλής δεσμός, ο οποίος χαρακτηρίζεται από χαμηλή φροντίδα και υψηλή υπερπροστασία και έλεγχο, οδηγεί σε δυσaréσκεια από την εικόνα του σώματος. Εν μέρει και η έρευνα των Miles-Mclean et al. (2014) συμφωνεί με τα παραπάνω. Η έρευνά τους διαπίστωσε πως η έκθεση του ατόμου στα πρότυπα των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης τα οποία αποτελούν μεταβλητή που μπορεί να επηρεάσει τη σχέση που αναπτύσσει το άτομο με την εξωτερική του εμφάνιση, μπορεί να προστατευτεί από έναν ασφαλή δεσμό που χαρακτηρίζεται από φροντίδα. Το αντίθετο δηλαδή, από την παρουσία ενός υπερπροστατευτικού και

ελεγκτικού γονέα η οποία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση δυσαρέσκειας και διαστρέβλωσης της εξωτερικής εικόνας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας συσχέτισαν επίσης θετικά την πατρική υπερπροστασία και τον έλεγχο, με την αυξημένη τάση για ενασχόληση με την εξωτερική εμφάνιση. Τα άτομα δηλαδή, που μεγάλωσαν σε ένα υπερπροστατευτικό και ελεγκτικό περιβάλλον επενδύουν περισσότερο στο πώς δείχνουν εμφανισιακά και μέρος της αυτοεκτίμησης βασίζεται σε αυτή τη συνθήκη. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί και από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, η οποία αναφέρει πως οι γονείς που παρουσιάζουν ένα υπερπροστατευτικό και ελεγκτικό τρόπο ανατροφής, τείνουν να σχολιάζουν συχνότερα την εμφάνιση των υπόλοιπων μελών της οικογένειας. Καθώς εμπλέκονται σε πολλούς τομείς της ζωής των υπολοίπων μελών, φαίνεται πως έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκφέρουν διάφορα σχόλια σχετικά με την εμφάνιση των ατόμων (Hall, Peden, Rayens & Beebe, 2004). Κατά συνέπεια, αν ο γονιός σχολιάζει και κρίνει συχνά την εξωτερική εμφάνιση του παιδιού μπορεί το άτομο να καταλήξει και στην πορεία της ζωής του να επενδύει περισσότερο στο πώς δείχνει η εικόνα του και το σώμα του, σε σχέση με τα άτομα που δεν μεγάλωσαν με το ίδιο παρεισφρητικούς γονείς.

Στην ίδια γραμμή με τα προηγούμενα ευρήματα βρίσκεται και η επόμενη συσχέτιση, όπου ο πατρικός έλεγχος και η υπερπροστασία συσχετίζονται αρνητικά με το βαθμό ικανοποίησης του ατόμου από τη σωματική του φυσική κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν πως τα άτομα που μεγάλωσαν με υπερπροστατευτικό και ελεγκτικό πατέρα δεν είναι ικανοποιημένα από την φυσική τους κατάσταση. Αυτό εξηγείται εν μέρει από την έρευνα των Tata et al. (2001), στην οποία βρήκαν πως η μη ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική εκγύμναση. Καθώς παρατηρήθηκε και από τα ευρήματα της δική μας έρευνας αλλά και από την βιβλιογραφική ανασκόπηση πως η γονεϊκή υπερπροστασία και ο έλεγχος οδηγούν σε χαμηλή ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος, εύλογα αυτό μπορεί να συνδεθεί και με τη χαμηλή αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης του σώματος. Επίσης, φαίνεται πώς από την γονεϊκή υπερπροστασία και τον έλεγχο το άτομο οδηγείται στη δυσαρέσκεια από το σώμα και από εκεί σε διαταραγμένες συμπεριφορές όπως η υπερβολική άσκηση, όπως παρατήρησε και η έρευνα των Tata et al. (2001).

Όσον αφορά στον μητρικό δεσμό, η μοναδική συσχέτιση που παρουσίασε σε σχέση με την εικόνα του σώματος, εντοπίστηκε σε σχέση με την αξιολόγηση της σωματικής υγείας. Η μητρική φροντίδα, δηλαδή η μητρική εγγύτητα η ζεστασιά και η φροντίδα φαίνεται να οδηγεί τα άτομα να αξιολογούν πιο θετικά την σωματική τους υγεία σε σχέση με την υπερπροστασία και τον έλεγχο όπου η αξιολόγηση της υγείας παρουσίασε αρνητική συσχέτιση, επιβεβαιώνοντας σε ένα βαθμό τις υποθέσεις H1 και H3 σύμφωνα με τις οποίες, η μητρική φροντίδα παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τις διαστάσεις του σώματος, ενώ η μητρική υπερπροστασία ή ο έλεγχος παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση με τις διαστάσεις του σώματος.

Την ίδια αρνητική συσχέτιση εντοπίσαμε και στην υπερπροστασία και την ελεγκτικότητα του πατέρα σε σχέση με την αξιολόγηση της υγείας. Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν υπάρχουν έρευνες που να έχουν μελετήσει όλες αυτές τις διαστάσεις της εικόνας του σώματος με το γονεϊκό δεσμό. Ωστόσο, τα παραπάνω αποτελέσματα μπορούν να συγκριθούν με έρευνες οι οποίες έχουν μελετήσει το γονεϊκό δεσμό με σωματικές διαταραχές, όπως η υποχονδρίαση. Οι συγκεκριμένες έρευνες ισχυρίζονται πως οι υπερπροστατευτικοί γονείς έχουν «επικοινωνήσει» στα παιδιά τους την ιδέα ότι το σώμα είναι αδύναμο και ευάλωτο (Fischer, 1986). Όπως και οι έρευνες των Bridges et al. (1991), οι οποίες βρήκαν πως τα άτομα που είναι πιο ευάλωτα και επιρρεπή στο να διαστρεβλώσουν τα σωματικά τους συμπτώματα και νιώθουν λιγότερο υγιή είχαν βιώσει λιγότερη φροντίδα και υπερπροστασία από τους γονείς τους.

Στον παράγοντα του ερωτηματολογίου για τη σχέση με το σώμα που μετρά την εμμονή με το υπέρβαρο, η πατρική υπερπροστασία παρουσίασε θετική συσχέτιση. Η υπερπροστασία λοιπόν του πατέρα, μαζί με τον έλεγχο, σχετίζεται με διαταραγμένες συμπεριφορές στον έλεγχο του βάρους. Αυτό επιβεβαιώνει ξανά τις υποθέσεις μας για την σύνδεση της υπερπροστασίας με τις διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές και την μη ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος. Άλλωστε, προηγούμενες έρευνες είχαν επικεντρωθεί ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια στο ρόλο του πατέρα επιβεβαιώνοντας με τα αποτελέσματά τους την κατεύθυνση των ερευνών στην πατρική φιγούρα (Jones, Leung, & Harris, 2006. Leung, Thomas, & Waller, 2000. Calam, Waller, Slade, & Newton, 1990). Τα αποτελέσματα των προηγούμενων ερευνών δεν αμφισβητήθηκαν από την παρούσα έρευνα. Επίσης, παρατηρήθηκε πως ο παράγοντας

της «ικανοποίησης από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του σώματος» δεν παρουσίασε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση, ωστόσο το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας δεν απείχε πολύ από το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ( $p < 0.05$ ). Θα μπορούσαμε να σχολιάσουμε πως πιθανότατα με ένα μεγαλύτερο σε αριθμό δείγμα να είχε παρουσιάσει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Ο παράγοντας αυτός στα αποτελέσματα έδειξε αρνητική συσχέτιση με την πατρική υπερπροστασία και τον έλεγχο, που σημαίνει πως ο ελεγκτικός και υπερπροστατευτικός πατέρας, οδηγεί σε μία αίσθηση ανεπάρκειας και μη ικανοποίησης από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του σώματος.

Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο ανίχνευσης διατροφικών διαταραχών, συσχετίστηκε θετικά με την πατρική υπερπροστασία, επιβεβαιώνοντας την υπόθεση H8, σύμφωνα με την οποία η πατρική υπερπροστασία ή έλεγχος έχει θετική συσχέτιση με την παρουσία διαταραγμένων διατροφικών στάσεων. Σύμφωνα και με την βιβλιογραφική ανασκόπηση, η υπερπροστασία και ο έλεγχος οδηγούν στην εσωτερίκευση προβλημάτων. Επιπλέον, η ανάγκη των ατόμων για την μετατόπιση του ελέγχου από το περιβάλλον στον εαυτό, οδηγεί σε ελεγκτικές συμπεριφορές, όπως η εμμονή στη διατήρηση του βάρους ή ο έλεγχος της ποσότητας στην κατανάλωση τροφής. Με αυτόν τον τρόπο, τα άτομα με τα παραπάνω χαρακτηριστικά μπορεί να οδηγηθούν σε διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες και κατά συνέπεια σε διατροφικές διαταραχές (Fujimori et al., 2011. McEwen & Flouri, 2009).

Στα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται πως είναι εμφανής η επιρροή της υπερπροστασίας ή ελέγχου του πατέρα περισσότερο από τη φροντίδα ή την απουσία φροντίδας. Θα μπορούσαμε λοιπόν να υποστηρίξουμε πως η υπερπροστασία του πατέρα ίσως να αποτελεί μία σημαντική μεταβλητή στην ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος αλλά και στην αποτελεσματικότητα της φυσικής λειτουργίας του σώματος, όπως υποστήριξε και η Tata et. al. (2001). Θα μπορούσε εύλογα κάποιος να αναρωτηθεί για την απουσία συσχετίσεων με το μητρικό δεσμό στις αντίστοιχες μεταβλητές όπου συσχετίστηκε ο πατρικός δεσμός. Το γεγονός ότι ο δεσμός της μητέρας δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι στην χώρα μας οι οικογένειες συνηθίζουν να είναι πατριαρχικές και συχνά ο έλεγχος μέσα στην οικογένεια προέρχεται από τον πατέρα σε σχέση με τη μητέρα χωρίς ωστόσο αυτό να σημαίνει πως μπορούμε αρνηθούμε την συμβολή στις παραπάνω



περιπτώσεις του μητρικού ρόλου. Επιπλέον, οι μεταβλητές που σχετίζονταν με την εικόνα του σώματος και τη στάση στις διατροφικές συνήθειες, πιθανότατα να σχετίζονται περισσότερο και με άλλες μεταβλητές, όπως, την σχέση με τους συνομηλίκους ή την επιρροή από τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας παρά με την μητρική φροντίδα και προστασία. Ακόμα, υπήρξαν έρευνες οι οποίες επίσης δεν βρήκαν κάποια συσχέτιση με τη μητρική φροντίδα και υπερπροστασία με τις εξεταζόμενες μεταβλητές, ενώ εντόπισαν συσχέτιση με τον πατρικό δεσμό και την παρουσία διατροφικών διαταραχών (Furnham & Husain, 1999). Αυτό οδηγεί στην ανάγκη για ενδελεχή έρευνα για την παρουσία και των δύο γονιών και την επίδρασή τους στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Στην συνέχεια, προσεγγίζοντας περιγραφικά τα αποτελέσματα, τα υψηλότερα ποσοστά διαταραγμένων διατροφικών στάσεων, εμφανίζονται στον μη συναισθηματικό πατρικό δεσμό, ο οποίος χαρακτηρίζεται από χαμηλή φροντίδα αλλά υψηλή υπερπροστασία και έλεγχο ενισχύοντας τα αποτελέσματα για την εμπλοκή του πατέρα στην παρουσία διατροφικών διαταραχών. Στον μητρικό δεσμό από την άλλη, το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στον συναισθηματικό δεσμό, ο οποίος χαρακτηρίζεται τόσο από υψηλή φροντίδα όσο και από υψηλή υπερπροστασία και έλεγχο. Πιθανότατα αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι το άτομο παρά την υψηλή φροντίδα από μέρους της μητέρας, η παρουσία υπερπροστατευτικής και ελεγκτικής συμπεριφοράς να οδηγεί όπως και στην περίπτωση του πατρικού δεσμού σε διαταραγμένες διατροφικά συμπεριφορές.

Τέλος, όσον αφορά στο φύλο παρατηρήθηκαν διαφορές, όσον αφορά στο βαθμό επένδυσης στην καλή φυσική κατάσταση με τους άνδρες να σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία συγκριτικά με τις γυναίκες. Στη συνέχεια, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι γυναίκες επενδύουν περισσότερο στην εξωτερική τους εμφάνιση συγκριτικά με τους άνδρες, ενώ εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό εμμονής σε σχέση με τον έλεγχο του βάρους και το υπέρβαρο. Με τα παραπάνω επιβεβαιώθηκε η υπόθεση H9, σύμφωνα με την οποία, η πατρική υπερπροστασία ή έλεγχος έχει θετική συσχέτιση με την παρουσία διαταραγμένων διατροφικών στάσεων.. Επίσης, οι συμμετέχοντες δεν παρουσίασαν διαφορά ως προς την ηλικία και το βαθμό ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος κάτι που και η βιβλιογραφία υποστηρίζει, Πιο συγκεκριμένα, ο Swami και οι συνεργάτες του, (2010), υποστήριξαν με την έρευνά τους ότι η δυσαρέσκεια από την

εικόνα του σώματος των γυναικών δεν μπορεί να προβλεφθεί από την ηλικία. Το ίδιο ισχύει και για τους άνδρες από την έρευνα του Pilner (1990), ο οποίος σε δείγμα ανδρών από 10 έως 79 ετών βρήκε πως οι μεγαλύτεροι ηλικιακά άνδρες παρουσιάζουν τον ίδιο βαθμό ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας με τους νεότερους.

Συνοπτικά, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν τη μητρική υπερπροστασία ή έλεγχος να παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την αξιολόγηση της σωματικής υγείας. (Πίνακας 9). Στη συνέχεια, πατρική υπερπροστασία ή έλεγχος παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με την αξιολόγηση της σωματικής υγείας και την αξιολόγηση της εξωτερικής εμφάνισης. Η πατρική υπερπροστασία ή έλεγχος παρουσίασε θετική συσχέτιση με την στάση ως προς την εξωτερική εμφάνιση. Επίσης, η πατρική υπερπροστασία ή έλεγχος συσχετίστηκε αρνητικά με την αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης και θετικά με την εμμονή με το υπέρβαρο. Τέλος, η πατρική υπερπροστασία συσχετίστηκε θετικά με τις διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές. (Πίνακας 10).

**Πίνακας 9:** Συνοπτικός πίνακας αποτελεσμάτων συσχετίσεων πατρικής υπερπροστασίας ή ελέγχου και πατρικής φροντίδας με τις εξαρτημένες μεταβλητές

|                                  |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ΠΑΤΡΙΚΗ ΥΠΕΡΠΡΟΣΤΑΣΙΑ<br>ΕΛΕΓΧΟΣ | Αξιολόγηση Εξωτερικής Εμφάνισης (-)      |
|                                  | Αξιολόγηση Φυσικής Κατάστασης (-)        |
|                                  | Στάση ως προς την εξωτερική εμφάνιση (+) |
|                                  | Εμμονή με το υπέρβαρο (+)                |
|                                  | Διατροφικές Διαταραχές (+)               |
|                                  | Αξιολόγηση Υγείας (-)                    |
| ΠΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ                 | Αξιολόγηση Υγείας (+)                    |

\*(+) για θετική συσχέτιση, (-) για αρνητική συσχέτιση

**Πίνακας 10:** Συνοπτικός πίνακας αποτελεσμάτων συσχετίσεων μητρικής υπερπροστασίας ή ελέγχου και μητρικής φροντίδας με τις εξαρτημένες μεταβλητές

| ΜΗΤΡΙΚΗ ΥΠΕΡΠΡΟΣΤΑΣΙΑ<br>ΕΛΕΓΧΟΣ                      | Αξιολόγηση της Υγείας (-) |
|-------------------------------------------------------|---------------------------|
| *(+) για θετική συσχέτιση, (-) για αρνητική συσχέτιση |                           |

#### 4.1 Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για το μέλλον

Όπως σε κάθε έρευνα, έτσι και στην παρούσα, υπάρχουν διαφόρων ειδών περιορισμοί στους οποίους είναι απαραίτητο να γίνει αναφορά. Ένας πρώτος περιορισμός είναι το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς είναι ευάλωτα στο να οδηγήσουν τους συμμετέχοντες σε αμυντικές δηλώσεις. Για αυτό το λόγο, θα μπορούσαν οι έρευνες να ενθαρρύνονται να εξετάζουν μαζί με τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς και μία μέθοδο συνέντευξης. Ειδικότερα όταν πρόκειται για μεταβλητές όπως ο γονεϊκός δεσμός, σε ένα ερωτηματολόγιο δεν μπορεί να αποτυπωθεί το εύρος των συναισθημάτων και των βιωμάτων. Μία συνδυαστική ποσοτικά και ποιοτική έρευνα θα μπορούσε να δώσει πολύτιμες πληροφορίες για την ποιότητα του γονεϊκού δεσμού στην προκειμένη περίπτωση. Επιπλέον, για την ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων όσον αφορά στην μεταβλητή της εικόνας του σώματος και τη σχέση με την ηλικία, θα έπρεπε να γίνουν διαχρονικές μελέτες οι οποίες θα μελετούν τα ίδια άτομα στην πορεία της ζωής τους και τις επιδράσεις που δέχονται σε κάθε ηλικιακό φάσμα. Επίσης, το δείγμα της έρευνας είναι ένα τυχαίο ευκαιριακό δείγμα. Συνεπώς, δεν είναι αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού και δεν θα μπορούσαμε με ασφάλεια να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα στο γενικό πληθυσμό. Το ίδιο ισχύει και για τον αριθμό του δείγματος, ο οποίος είναι πολύ μικρός συγκριτικά με τον συνολικό πληθυσμό του ελληνικού χώρου, για να μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικός. Τα εργαλεία επίσης που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς δεν έχουν σταθμιστεί στον ελληνικό

πληθυσμό πιθανόν να εμπίπτουν σε περιορισμούς και να μειώνεται η αξιοπιστία και η εγκυρότητά τους.

Το πεδίο ερευνών που καλύπτει το θέμα του γονεϊκού δεσμού και των διατροφικών διαταραχών και της εικόνας του σώματος έχει επικεντρωθεί κυρίως σε νεαρές γυναίκες. Ωστόσο, ο τρόπος ζωής αλλάζει συνεχώς. Η έκθεση μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης σε συγκεκριμένα πρότυπα ομορφιάς, υγείας και φυσικής κατάστασης είναι μεγάλη και δεν στοχεύει μόνο στο γυναικείο πληθυσμό ή στις νεαρές ηλικιακές ομάδες. Οφείλουμε να στρέψουμε το ενδιαφέρον των ερευνών σε όλες τις ηλικιακές ομάδες αλλά και στα δύο φύλα, ώστε να έχουμε μία ολιστική προσέγγιση των υπό εξέταση ζητημάτων, βελτιώνοντας και τον τρόπο προσέγγισης στη συμβουλευτική και ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Επίσης, καθώς ο γονεϊκός δεσμός έχει πολλές πτυχές οι οποίες δεν μπορούν να αποτυπωθούν σε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς ο συνδυασμός ποιοτικών ερευνών θα φέρει ακόμα περισσότερα αποτελέσματα για τη σχέση των συγκεκριμένων μεταβλητών. Επίσης, υπάρχει μεγάλη ανάγκη στην Ελλάδα για σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία που αξιολογούν τις εξεταζόμενες μεταβλητές της παρούσας έρευνας. Οι έρευνες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν και στην στάθμιση εργαλείων στον ελλαδικό χώρο με απώτερο στόχο τη διεξαγωγή έγκυρων και αξιόπιστων αποτελεσμάτων.

#### Συμβουλευτική και Ψυχοθεραπεία

Τέλος, τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας μπορούν να χρησιμοποιηθούν στον χώρο της εφαρμοσμένης συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας. Ειδικοί που εργάζονται θεραπευτικά με άτομα που είτε έχουν κάποια διαγνωσμένη διατροφική διαταραχή, είτε όχι, είτε βιώνουν συναισθήματα δυσαρέσκειας και μη ικανοποίησης από το σώμα τους, έχουν πολύτιμες πληροφορίες στα χέρια τους για τις μεταβλητές που σχετίζονται με τις παραπάνω περιπτώσεις. Όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα, η πατρική φιγούρα θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και συνεπώς πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη η συμμετοχή της οικογένειας στην θεραπεία και την πρόληψη αυτών των φαινομένων. Ο ειδικός που γνωρίζει την επίδραση της οικογένειας στις μεταβλητές της εικόνας του σώματος και των διατροφικών διαταραχών, μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικός στη θεραπεία με τα άτομα που αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους ζητήματα

## Βιβλιογραφικές Αναφορές

### Ξενόγλωση Βιβλιογραφία

- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5, Supplement to Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> ed.* American Psychiatric Association.
- Avagianou, P. A., & Zafiropoulou, M. (2008) Parental bonding and depression: Personality as mediating factor. *International Journal Adolescent Medicine Health*. 20(3) 261-269.
- Babbie, E. (2011). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα*. (Κ. Ζαφειρόπουλος, επίμ., & Γ. Βογιατζής, μετάφρ., 1<sup>η</sup> έκδ.). Αθήνα: Κριτική Α.Ε.
- Bamford, B., & Halliwell, E. (2009). Investigating the role of attachment in social comparison theories of eating disorders within a nonclinical female population. *European Eating Disorders Review*, 17, 371–379
- Bowlby, J. (1969, 1982). *Attachment: Attachment and loss* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bretherton, I. (2000). *The origins of attachment theory*. In J. Bowlby, M. Ainsworth, S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. London: The Analytic Press
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth, *Developmental Psychology*. 28, 759-775.
- Bretherton, I. (1985). *Attachment theory: Retrospect & Prospect. Monographs of the Society for Research in Child Development*. Vol. 50, No. ½.
- Bridges, K., Goldberg, D., Evans, B., & Sharpe, T. (1991) Determinants of Somatization in Primary Care. *Psychological Medicine*. 21(2), 473-483.
- Bruch, H. (1977) *Psychological antecedents of Anorexia Nervosa*, in: R.A. Vigersky (Ed.) *Anorexia Nervosa*, pp. 1-10, New York, Raven press.
- Burns, R. B. (1986). *Self Concept Development and Education*. London: Longman.
- Cash, T., & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, deviance and change*, New York: Guilford Press.
- Cash, T., & Smolak, L. (2011). *Body image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Guilford Press.

- Cash, T. F., Theriault, J., & Annis, N. W. (2004). Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 89–103.
- Cash, T. F., Winstead, B. W., & Janda, L. H. (1986). The great American shape-up: Body Image survey report. *Psychology Today*, 20 (4), 30-37.
- Cheng, H. L., & Malinkcrodt, B. (2009). Parental bonds, anxious attachment, media internalization, and body image dissatisfaction: Exploring a mediation model. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 365–375.
- Christogiorgos, S., Tzikas, D., Widdershoven-Zervaki, M., Dimitropoulou, P. Athanassiadou. E., & Giannakopoulos, G. (2013). Hypochondriacal Anxieties in Adolescence. *The Open Psychology Journal*, 6, 6-9.
- Clarke, L. H. (2002). Older women's perceptions of ideal body weights: The tensions between health and appearance motivations for weight loss. *Aging and Society*, 22, 751-773.
- Costarelli, V., Demerzi, M., & Stamou, D. (2009). Disordered eating attitudes in relation to body image and emotional intelligence in young women. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 22, 239-245. doi:10.1111/j.1365-277X.2009.00949.x
- Deas, S., Power K., Collin, P., Yellowlees, A., & Grierson, D. (2011) The relationship between disordered eating, perceived parenting, and perfectionistic schemas. *Cognitive Therapy Research*. 35, 414–424. doi:10.1007/s10608-010-9319-x
- Dixon, S. R., Gill, M. W. J., & Adair, A. V. (2003). Exploring Paternal Influences on the Dieting Behaviors of Adolescent Girls. *Eating Disorders*, 11, 39-50. DOI: 10.1080/10640260390167474
- Fischer, S. (1986). *Development and Structure of the Body Image (Vol 1)*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Republished, 2014 by Psychology Press, Taylor & Francis Group. New York & London.
- Fonseca, H., Ireland, M., & Resnick, M.D. (2002). Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 441–448.
- Francisco, R., Narciso, I., & Alarcao, M. (2013). Parental Influences on Elite Aesthetic Athletes' Body Image Dissatisfaction and Disordered Eating. *Journal Child Family Studies*, 22, 1082–1091. DOI 10.1007/s10826-012-9670-5
- Fujimori, A., Wada, Y., Yamashita, T., Choi, H., Nishizawa, S., Yamamoto, H., & Fukui, K. (2011). Parental bonding in patients with eating disorders and self-injurious behavior. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 65, 272-279. doi:10.1111/j.1440-1819.2011.02192.x
- Furnham, A., & Husain, K. (1999). The Role of conflict with parents in disordered eating among British Asian Girls. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology*, (34) 498-505.
- Grogan, S. (2005). *Body Image Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Great Britain: Routledge.
- Grogan, S. (2008). *Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (2<sup>nd</sup> ed.). London: Routledge
- Halliwel, E. (2015). Future directions for positive body image research. *Body Image*, 14, 177-189.

- Hardit, K. S., & Hannum, W. J. (2012). Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction. *Body Image*, 9, 469-475.
- Hart, M. L., Cornell, C., Damiano, R. S., & Paxton, J. S. (2015) Parents and Prevention: A Systematic Review of Interventions Involving Parents that Aim to Prevent Body Dissatisfaction or Eating Disorders. *International Journal Eating of Disorders*, 48(2), 157-169. DOI: 10.1002/eat.22284
- Haworth-Hoeppner, S. (2000). The critical shapes of body image: The role of culture and family in the production of eating disorders. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 212-227. doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00212.x
- Hinde, R. A. (1974) *Biological Bases of Human Social Behaviour*. New York, NY, US: McGraw-Hill.
- James, W. (1890). *Principles of Psychology. I*. New York: Henry Holt & Co.
- Jones, C. J., Leung, N., & Harris, G. (2006) Father-daughter relationship and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 319-330. DOI: 10.1348/014466505X53489
- Keery, H., VanDenBerg, P., & Thompson, J. K. (2004). An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image*, 1, 237-251.
- Klein, G. S. (1976). *Psychoanalytic theory: an exploration of essentials*, New York: International Universities Press.
- Kluck, A. S. (2010). Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image*, 7, 8-14. [doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.09.009](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.09.009)
- Kluck, S. A. (2010). Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image*, 7(1), 8-14.
- Lee, S. Kwok, K., Liau, C., & Leung, T. (2002). Screening Chinese patients with eating disorders using the Eating Attitudes Test in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 91-97.
- Lerner, R. M., Orlos, J. B., & Knapp, J. R. (1976). Physical attractiveness, physical effectiveness and self-concept in late adolescents. *Adolescence*, (43) 313-326.
- Leung, N., Thomas, G., & Waller, G. (2000). The relationship between parental bonding and the core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 205-213.
- Mattanah, F. J., Lopez, G. F., & Govern, M. J. (2011). The Contributions of Parental Attachment Bonds to College Student Development and Adjustment: A Meta-Analytic Review. *Journal of Counseling Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0024635.
- McCabe, M., & Ricciardelli, L. (2003). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *The Journal of Social Psychology*, 143, 5-26.
- McEwen, C., & Flouri, E. (2009). Fathers' parenting, adverse life events, and adolescents' emotional and eating disorder symptoms: the role of emotion regulation. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 18(4), 206-216. DOI 10.1007/s00787-008-0719-3
- McKinley, N. M., & Randa, L. A. (2005). Adult attachment and body satisfaction: An exploration of general and specific relationship differences. *Body Image*, 2, 209-218.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guildford Press.
- Miles-McLean, H., Liss, M., & Erchull, M. J. (2014) Fathers, daughters, and self-objectification: Does bonding style matter? *Body Image*. 11, 534-542. doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.08.005
- Mintz, L. B., & O'Halloran, M. S. (2000). The Eating Attitudes Test: Validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of Personality Assessment*, 74, 489-503.
- Mujtaba, T., & Furnham, A. (2001). A cross-cultural study of parental conflict and eating disorders in a non-clinical sample. *International Journal of Social Psychiatry*, (1) 24-35.
- Murnen, S. K., Smolak, L., Mills, J. A., & Good, L. (2003) Thin, Sexy Women and Strong, Muscular Men: Grade-School Children's Responses to Objectified Images of Women and Men. *Sex Roles*. 49(9), 427-437. doi:10.1023/A:1025868320206
- O'Kearny, R. (1996). Attachment Disruption in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Review of Theory and Empirical Research. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 115-127.
- Pace, U., Cacioppo, M., & Schimmenti, A. (2012). The moderating role of father's care on the onset of binge eating symptoms among female late adolescents with insecure attachment. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 282-292. doi.org/10.1007/s10578-011-0269-7
- Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation*. New York: Aronson.
- Parker, G. (1983). *Parental Overprotection: A Risk Factor in Psychosocial Development*. New York, Grune & Stratton.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, B. L. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*. 52, 1-10. doi: 10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487
- Perry, A. J., Silver, D. H., Neilands, T. B., Rosenvigne, H. J., & Hanssen, T. (2007) A study of the relationship between parental bonding, self-concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations. *Eating Behaviors*, 9. 13-24.
- Piran, N. (2015). New possibilities in the prevention of eating disorders: The introduction of positive body image measures. *Body Image*. 14, 146-157.
- Pliner, P., Chaiken, S., & Flett, G. (1990). Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 263-273.
- Pollatou, E., Bakali, N., Theodorakis, Y., & Goudas, M. (2010). Body image in female professional and amateur dancers. *Research in Dance Education*. 11(2) 131-137. doi: 10.1080/14647893.2010.482980
- Raskin, A, Boothe, H. H, Reatig, N. A., Schulterbrandt, J. G., & Odle, D. (1971) Factor analyses of normal and depressed patients' memories of parental behavior. *Psychological Reports*. 29, 871-879. DOI: [10.2466/pr0.1971.29.3.871](https://doi.org/10.2466/pr0.1971.29.3.871)
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., & Chabrol, H. (2009). Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults: A sociocultural model. *Body Image*, 6, 171-177.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.



- Shiakou, M. (2011). Representations of Attachment Patterns in the Family Drawings of Maltreated and Non-maltreated Children. *Child Abuse Review*. doi:10.1002/car.1184
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7(4), 349 – 367.
- Stevenson-Hinde, J. (2007). Attachment Theory and John Bowlby: Some Reflections. *Attachment & Human Development*. 9 (4), pp. 337-342.
- Swami, V., Frederick, D., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D., et al. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the International Body Project I. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 309-326.
- Taylor, C. B., Bryson, S., Doyle, A. A., Luce, K. H., Cunnings, D., Abascal, L. B., & Wilfley, D. E. (2006). The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders. *Pediatrics*, 118, 731–738. doi.org/10.1542/peds.2005-1806
- Tigermann, M. (2012). Sociocultural Perspectives on Body Image. In T.F. Cash & L. Smolak (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance*, Volume 2 (pp. 758-65). London: Elsevier.
- Turner, B. (1992). *Regulating bodies: essays in medical sociology*, London: Routledge.
- Tylca, L. T., & Wood-Barcalow, L. N. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*. 14, 118-129.
- Williams, P. G. (2004). The psychopathology of self-assessed health: a cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis. *Cognitive Therapy Research*, 28(4), 629-44.

## Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Cole, M., & Cole, S. *Η ανάπτυξη των παιδιών: Η αρχή της ζωής: εγκυμοσύνη, τοκετός, βρεφική ηλικία Τόμος Α'.* (Σολμαν, Μ., μετάφρ., & Παπαληγούρα, Ζ. & Βορριά, Π., επιμ.). Αθήνα: Τυπωθήτω
- Βάρσου, Ε., & Τρίκκας, Γ. (1991) Τα ερωτηματολόγια διερεύνησης των διαταραχών πρόσληψης τροφής EDI, EAT-26, BITE σε Ελληνικό Πληθυσμό. Ανακοίνωση στο 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Βόλος 1991.
- Δημητριάδης, Ε. (2010). *Στατιστικές Εφαρμογές με SPSS 17.0 και LISREL 8.7* (1<sup>η</sup> έκδ.). Αθήνα: Κριτική Α.Ε.
- Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1995). *Ψυχολογία Κινήτρων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Λεονταρή, Α. (1998). *Αυτοαντίληψη*. Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα, σσ. 21-25, 30, 35-36, 81-82.
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2001). *Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2012). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Πεδίο.

## Ηλεκτρονικές πηγές- Ιστότοποι

- Ainsworth, M. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Society for Research in Child Development*. Vol.40, pp. 969-1025. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο [http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/courses/620/pdf\\_files/attach\\_depend.pdf](http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/courses/620/pdf_files/attach_depend.pdf)
- Cash, T. (2000). *The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire. MBSRQ Users' Manual*. Third Revision. Διαθέσιμο για αγορά πνευματικών δικαιωμάτων από τον συγγραφέα στον διαδικτυακό τόπο <http://www.body-images.com>
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο <http://www.eat-26.com/Docs/Garner-EAT-40%201979.pdf>
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο <http://eat-26.com/Docs/Garner-EAT-26-1982.pdf>
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. *Parental Bonding Instrument (PBI)*. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο <http://www.blackdoginstute.org.au>

## Παράρτημα

### Παράρτημα 1: Εισαγωγικό επεξηγηματικό σημείωμα για τους συμμετέχοντες για τους σκοπούς της έρευνας



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

*Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών*

*Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία*

Αγαπητέ συμμετέχοντα/συμμετέχουσα,

Η παρούσα έρευνα διενεργείται από το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: «Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία» του Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της εικόνας του σώματος και των στάσεων ως προς τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, με τον δεσμό που έχει αναπτύξει με τους γονείς του.

Ακολουθεί μία σειρά ερωτηματολογίων. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις όσο πιο αυθόρμητα και ειλικρινά μπορείτε, χωρίς να συζητήσετε πιθανές απαντήσεις με άλλους. Αφού ολοκληρώσετε τη συμπλήρωση, παρακαλούμε ελέγξτε για τυχόν αναπάντητα ερωτήματα και επιστρέψτε το ερωτηματολόγιο στον ερευνητή.

Τα ερωτηματολόγια είναι **Ανώνυμα**. Τα στοιχεία που μας δίνετε είναι απόρρητα και εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας.

Μπορείτε να ζητήσετε να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της έρευνας στο παρακάτω e-mail: [nausikavrs@gmail.com](mailto:nausikavrs@gmail.com)

**Ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή και για το χρόνο σας!!!**

Βρατσίνη Ναυσικά

Ψυχολόγος Α.Π.Θ. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του ΠΜΣ «Συμβουλευτική στην Εκπαίδευση, Ειδική Αγωγή και την Υγεία»

## Παράρτημα 2Α: Όργανο Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού Για τη Μητέρα

### PBI (Όργανο Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού)

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιγράφει διάφορες στάσεις και συμπεριφορές των γονιών. Προσπαθώντας να θυμηθείς τη **μητέρα** σου κατά τα πρώτα 16 χρόνια της ζωής σου, βάλε σε κύκλο την πιο κατάλληλη απάντηση (αριθμό) δίπλα σε κάθε ερώτηση. Αγνοήστε τους αριθμούς κάτω από τις επιλογές (Πολύ συχνά, Αρκετά συχνά, Λίγες φορές, Σχεδόν ποτέ).

| ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ                                                                           | Πολύ<br>συχνά | Αρκετά<br>συχνά | Λίγες<br>φορές | Σχεδόν<br>ποτέ |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------|----------------|
| 1. Μου μιλούσε με ζεστή και φιλική φωνή                                             | 3             | 2               | 1              | 0              |
| 2. Δε με βοηθούσε όσο θα ήθελα                                                      | 0             | 1               | 2              | 3              |
| 3. Με άφηνε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν                                   | 0             | I               | II             | III            |
| 4. Έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορη απέναντί μου                                     | 0             | 1               | 2              | 3              |
| 5. Φαινόταν να καταλαβαίνει τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου                     | 3             | 2               | 1              | 0              |
| 6. Ήταν τρυφερή απέναντί μου                                                        | 3             | 2               | 1              | 0              |
| 7. Της άρεσε να παίρνω μόνος/η μου αποφάσεις                                        | 0             | I               | II             | III            |
| 8. Δεν ήθελε να μεγαλώσω                                                            | III           | II              | I              | 0              |
| 9. Προσπαθούσε να ελέγχει ότι έκανα                                                 | III           | II              | I              | 0              |
| 10. Εισέβαλε στην προσωπική μου ζωή                                                 | III           | II              | I              | 0              |
| 11. Της άρεζε να συζητάει μαζί μου                                                  | 3             | 2               | 1              | 0              |
| 12. Συχνά μου χαμογελούσε                                                           | 3             | 2               | 1              | 0              |
| 13. Της άρεζε να με 'νταντεύει'                                                     | III           | II              | I              | 0              |
| 14. Δεν φαινόταν να καταλαβαίνει τι χρειάζομαι ή τι θέλω                            | 0             | 1               | 2              | 3              |
| 15. Με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό μου                                  | 0             | I               | II             | III            |
| 16. Με έκανε να μην αισθάνομαι ευπρόσδεκτος/η                                       | 0             | 1               | 2              | 3              |
| 17. Με έκανε να αισθάνομαι καλλίτερα όταν ήμουν ταραγμένος/η                        | 3             | 2               | 1              | 0              |
| 18. Δε μου μιλούσε πολύ                                                             | 0             | 1               | 2              | 3              |
| 19. Προσπαθούσε να με κάνει να εξαρτώμαι από αυτή                                   | III           | II              | I              | 0              |
| 20. Αισθανόταν ότι χωρίς την παρουσία της δεν θα μπορούσα να φροντίσω τον εαυτό μου | III           | II              | I              | 0              |
| 21. Μου έδινε όση ελευθερία χρειαζόμουν                                             | 0             | I               | II             | III            |
| 22. Με άφηνε να βγαίνω όσο συχνά ήθελα                                              | III           | II              | I              | 0              |
| 23. Ήταν υπεπροστατευτική απέναντί μου                                              | III           | II              | I              | 0              |

|                                                     |   |   |    |     |
|-----------------------------------------------------|---|---|----|-----|
| <b>24. Δεν με επαινούσε</b>                         | 0 | 1 | 2  | 3   |
| <b>25. Μου επέτρεπε να ντύνομαι όπως επιθυμούσα</b> | 0 | I | II | III |

## Παράρτημα 2B: Όργανο Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού Για τον Πατέρα

### PBI (Όργανο Μέτρησης Γονεϊκού Δεσμού)

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιγράφει διάφορες στάσεις και συμπεριφορές των γονιών. Προσπαθώντας να θυμηθείς τον **πατέρα** σου κατά τα πρώτα 16 χρόνια της ζωής σου, βάλε σε κύκλο την πιο κατάλληλη απάντηση (αριθμό) δίπλα σε κάθε ερώτηση. Αγνοήστε τους αριθμούς κάτω από τις επιλογές (Πολύ συχνά, Αρκετά συχνά, Λίγες φορές, Σχεδόν ποτέ).

| ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ                                                       | Πολύ συχνά | Αρκετά συχνά | Λίγες φορές | Σχεδόν ποτέ |
|-----------------------------------------------------------------|------------|--------------|-------------|-------------|
| 1. Μου μιλούσε με ζεστή και φιλική φωνή                         | 3          | 2            | 1           | 0           |
| 2. Δε με βοηθούσε όσο θα ήθελα                                  | 0          | 1            | 2           | 3           |
| 3. Με άφηνε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν               | 0          | I            | II          | III         |
| 4. Έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορος απέναντί μου                | 0          | 1            | 2           | 3           |
| 5. Φαινόταν να καταλαβαίνει τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου | 3          | 2            | 1           | 0           |
| 6. Ήταν τρυφερός απέναντί μου                                   | 3          | 2            | 1           | 0           |
| 7. Του άρεσε να παίρνω μόνος/η μου αποφάσεις                    | 0          | I            | II          | III         |
| 8. Δεν ήθελε να μεγαλώσω                                        | III        | II           | I           | 0           |
| 9. Προσπαθούσε να ελέγχει ότι έκανα                             | III        | II           | I           | 0           |
| 10. Εισέβαλε στην προσωπική μου ζωή                             | III        | II           | I           | 0           |
| 11. Του άρεζε να συζητάει μαζί μου                              | 3          | 2            | 1           | 0           |
| 12. Συχνά μου χαμογελούσε                                       | 3          | 2            | 1           | 0           |
| 13. Του άρεζε να με 'νταντεύει'                                 | III        | II           | I           | 0           |
| 14. Δεν φαινόταν να καταλαβαίνει τι χρειάζομαι ή τι θέλω        | 0          | 1            | 2           | 3           |
| 15. Με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό μου              | 0          | I            | II          | III         |
| 16. Με έκανε να μην αισθάνομαι ευπρόσδεκτος/η                   | 0          | 1            | 2           | 3           |
| 17. Με έκανε να αισθάνομαι καλλίτερα όταν ήμουν ταραγμένος/η    | 3          | 2            | 1           | 0           |
| 18. Δε μου μιλούσε πολύ                                         | 0          | 1            | 2           | 3           |
| 19. Προσπαθούσε να με κάνει να εξαρτώμαι από αυτόν              | III        | II           | I           | 0           |
| 20. Αισθανόταν ότι χωρίς την παρουσία του                       | III        | II           | I           | 0           |

|                                              |     |    |    |     |
|----------------------------------------------|-----|----|----|-----|
| δεν θα μπορούσα να φροντίσω τον εαυτό μου    |     |    |    |     |
| 21. Μου έδινε όση ελευθερία χρειαζόμουν      | 0   | I  | II | III |
| 22. Με άφηνε να βγαίνω όσο συχνά ήθελα       | III | II | I  | 0   |
| 23. Ήταν υπεπροστατευτικός απέναντί μου      | III | II | I  | 0   |
| 24. Δεν με επαινούσε                         | 0   | 1  | 2  | 3   |
| 25. Μου επέτρεπε να ντύνομαι όπως επιθυμούσα | 0   | I  | II | III |

**Παράρτημα 3: Ερωτηματολόγιο για την Αξιολόγηση της Εικόνας του Σώματος και Ερωτηματολόγιο Στάσεων ως προς τις Διατροφικές Συνήθειες**

## Παράρτημα 5: Παραγοντική Ανάλυση Ερωτηματολογίου Αξιολόγησης της Εικόνας του Σώματος

|                                                                                | Φορτίσεις |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 34. Σπάνια σκέφτομαι τις αθλητικές μου δεξιότητες.                             | -,671     |
| 16. Δεν αθλούμαι για να διατηρηθώ σε καλή φυσική κατάσταση.                    | -,664     |
| 44. Προσπαθώ να είμαι σωματικά δραστήριος /α.                                  | ,661      |
| 14. Η φυσική μου κατάσταση είναι καλή.                                         | ,574      |
| 43. Δεν με ενδιαφέρει να βελτιώσω την απόδοση μου στις φυσικές δραστηριότητες. | -,563     |
| 49. Πάντα προσπαθώ να βελτιώνω τη σωματική μου εμφάνιση.                       | ,546      |
| 52. Έχω πολλές γνώσεις σχετικά με τη φυσική κατάσταση.                         | ,522      |
| 33. Δεν είμαι καλός /η στα αγωνίσματα ή στα παιχνίδια.                         | -,501     |
| 3. Θα περνούσα τα περισσότερα τεστ φυσικής κατάστασης.                         | ,493      |
| 66. Μυϊκή δύναμη.                                                              | ,388      |
| 4. Είναι σημαντικό να έχω σωματική δύναμη.                                     | ,374      |
| 30. Μου αρέσει όπως δείχνω χωρίς τα ρούχα.                                     | ,781      |
| 5. Το σώμα μου είναι σεξουαλικά ελκυστικό.                                     | ,761      |
| 11. Μου αρέσει ακριβώς όπως είμαι τώρα.                                        | ,754      |
| 48. Σωματικά δεν είμαι ελκυστικός /η.                                          | -,732     |
| 42. Σιχαίνομαι την σωματική μου εμφάνιση.                                      | -,604     |
| 39. Μου αρέσει ο τρόπος που τα ρούχα ταιριάζουν σε μένα.                       | ,549      |
| 21. Οι περισσότεροι άνθρωποι θα με θεωρούσαν εμφανισμό /η.                     | ,379      |
| 7. Έχω τον έλεγχο της υγείας μου.                                              | ,719      |
| 9. Έχω αναπτύξει σκόπιμα έναν υγιεινό τρόπο ζωής.                              | ,687      |
| 29. Παίρνω την υγεία μου στα σοβαρά.                                           | ,628      |
| 54. Είμαι ένα σωματικά υγιές άτομο.                                            | ,593      |
| 19. Δεν κάνω τίποτα, που ενδεχομένως να βλάψει την υγεία μου.                  | ,582      |
| 17. Η υγεία μου είναι ένα θέμα με αναπάντεχα σκαμπανεβάσματα.                  | -,527     |
| 18. Από τα πιο σημαντικά πράγματα για μένα είναι να προσέχω την υγεία μου.     | ,487      |
| 36. Από τη μια μέρα στην άλλη δεν ξέρω πως θα αισθάνεται το σώμα μου.          | -,453     |
| 38. Δεν κάνω καμία σημαντική προσπάθεια να ακολουθώ μια ισορροπημένη           | -,449     |
| 1. Πριν βγω έξω, πάντα προσέχω την εμφάνιση μου.                               | ,817      |
| 2. Προσέχω να αγοράζω ρούχα που να με κολακεύουν.                              | ,720      |
| 41. Φροντίζω ιδιαιτέρως την περιποίηση των μαλλιών μου.                        | ,651      |
| 32. Συνήθως φοράω ότι είναι βολικό, χωρίς να νοιάζομαι πως δείχνει.            | -,604     |
| 22. Είναι σημαντικό πάντα να φαίνομαι όμορφο /η.                               | ,525      |
| 31. Έχω επίγνωση αν η περιποίησή μου δεν είναι σωστή.                          | ,793      |
| 46. Δίνω μεγάλη προσοχή στο σώμα μου για κάθε σημάδι ασθένειας.                | ,733      |
| 56. Στα πρώτα σημάδια μιας ασθένειας, ζητώ αμέσως ιατρική συμβουλή.            | ,667      |
| 55. Είμαι πολύ ενήμερος /η ακόμη και για τις μικρές αλλαγές στη σωματική       | ,557      |



|                                                                          |       |
|--------------------------------------------------------------------------|-------|
| 47. Εάν προσβληθώ από κρυολόγημα ή από γρίπη, απλά το αγνοώ και συνεχίζω | -,531 |
| 28. Συχνά διαβάζω βιβλία και περιοδικά που αναφέρονται στην υγεία.       | ,435  |
| 58. Έχω προσπαθήσει να χάσω βάρος με γρήγορες ή υπερεντατικές δίαιτες    | ,721  |
| 12. Κοιτάζομαι στον καθρέπτη σε κάθε ευκαιρία.                           | ,643  |
| 57. Βρίσκομαι σε δίαιτα.                                                 | ,589  |
| 20. Γνωρίζω και την πιο μικρή μεταβολή στο βάρος μου.                    | ,516  |
| 10. Μονίμως ανησυχώ ότι έχω ή θα έχω παραπάνω κιλά.                      | ,499  |
| 13. Πριν βγω έξω, χρειάζομαι πολύ ώρα για να ετοιμαστώ.                  | ,463  |
| 27. Σπάνια είμαι σωματικά άρρωστος /η.                                   | ,795  |
| 45. Συχνά αισθάνομαι ευπρόσβλητος /η στις ασθένειες.                     | -,783 |
| 37. Εάν είμαι άρρωστος /η δεν δίνω μεγάλη προσοχή στα συμπτώματα.        | ,714  |
| 59. Νομίζω ότι είμαι                                                     | ,790  |
| 60. Κοιτάζοντας με , οι περισσότεροι θα σκεφτόταν ότι είμαι:             | ,747  |
| 40. Δεν με ενδιαφέρει τι νομίζουν οι άλλοι για την εμφάνιση μου.         | ,687  |
| 50. Ποτέ δεν σκέφτομαι την εμφάνιση μου.                                 | ,532  |
| 24. Μαθαίνω εύκολα σωματικές δεξιότητες.                                 | ,678  |
| 8. Γνωρίζω παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση του σώματος.          | ,498  |
| 61. Πρόσωπο. (χαρακτηριστικά, χρώμα προσώπου).                           | ,745  |
| 62. Μαλλιά (χρώμα, πυκνότητα, σύσταση).                                  | ,809  |
| 63. Κάτω κορμός (γλουτοί, γοφοί, μηρός, πόδια).                          | ,675  |
| 69. Γενική εμφάνιση.                                                     | ,722  |
| 65. Άνω κορμός (στήθος, ώμος, βραχίονας).                                | ,601  |
| 64. Μέσος κορμός (μέση, στομάχι).                                        | ,573  |
| 51. Είμαι πολύ καλά συγκροτημένος /η.                                    | ,400  |
| 23. Χρησιμοποιώ πολύ λίγα προϊόντα περιποίησης.                          | ,765  |
| 15. Το να συμμετέχω σε αθλήματα είναι ασήμαντο για μένα.                 | ,786  |
| 51. Είμαι πολύ καλά συγκροτημένος /η.                                    | ,400  |
| 23. Χρησιμοποιώ πολύ λίγα προϊόντα περιποίησης.                          | ,765  |
| 15. Το να συμμετέχω σε αθλήματα είναι ασήμαντο για μένα.                 | ,786  |

**Παράρτημα 6: Παραγοντική Ανάλυση ερωτηματολογίου Στάσεων  
ως προς τις Διατροφικές Συνήθειες**

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

|                                                                                                | Component |       |       |       |       |       |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                                                                                                | 1         | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     | 7     |
| 1. Τρομάζω στην ιδέα να είμαι υπέρβαρος/η                                                      | ,120      | ,405  | ,313  | ,129  | -,065 | ,332  | -,002 |
| 2. Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω                                                                | ,262      | -,031 | ,047  | ,707  | -,039 | ,141  | ,027  |
| 3. Πιάνω τον εαυτό μου απασχολημένο με το φαγητό                                               | ,248      | ,258  | ,756  | ,042  | -,003 | ,067  | ,008  |
| 4. Κόβω την τροφή μου σε μικρά κομμάτια                                                        | ,179      | -,059 | ,116  | ,158  | ,094  | ,782  | -,101 |
| 5. Γνωρίζω το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών που καταναλώνω                                  | ,620      | ,162  | ,191  | ,093  | -,008 | ,190  | -,179 |
| 6. Συγκεκριμένα αποφεύγω τροφές που περιέχουν πολλούς υδατάνθρακες (ψωμί, ρύζι, πατάτες, κλπ.) | ,789      | ,126  | ,169  | ,185  | ,084  | -,044 | -,099 |
| 7. Νοιώθω ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να έτρωγα περισσότερο                                    | ,105      | ,099  | ,071  | ,204  | ,875  | ,051  | ,014  |
| 8. Προκαλώ εμετό μετά το φαγητό                                                                | ,112      | ,094  | ,040  | ,915  | ,149  | ,070  | -,026 |
| 9. Νοιώθω πολύ ένοχος/η μετά το φαγητό                                                         | ,129      | ,600  | ,198  | ,288  | ,196  | -,091 | ,106  |
| 10. Είμαι απασχολημένος/η με την επιθυμία να είμαι πιο αδύνατος/η                              | ,216      | ,702  | ,365  | ,076  | ,043  | ,271  | -,044 |
| 11. Σκέφτομαι ότι καίω θερμίδες όταν γυμνάζομαι                                                | ,279      | ,603  | ,142  | -,027 | -,223 | ,189  | ,118  |
| 12. Άλλοι άνθρωποι πιστεύουν ότι είμαι πολύ αδύνατος/η                                         | ,063      | ,076  | -,086 | -,028 | ,737  | ,134  | ,383  |
| 13. Απασχολούμαι με την σκέψη ότι έχω λίπος στο σώμα μου                                       | ,139      | ,735  | ,223  | -,112 | ,145  | ,133  | -,010 |

|                                                               |      |       |       |       |       |       |       |
|---------------------------------------------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 14. Όταν τρώω τα γεύματά μου αργώ περισσότερο από τους άλλους | ,147 | ,198  | -,144 | ,060  | -,038 | ,720  | ,000  |
| 15. Αποφεύγω τροφές με ζάχαρη                                 | ,799 | ,026  | -,150 | ,169  | ,029  | ,042  | ,116  |
| 16. Τρώω διαιτητικές τροφές                                   | ,803 | ,242  | ,178  | -,006 | -,044 | ,005  | -,058 |
| 17. Νοιώθω ότι το φαγητό ελέγχει την ζωή μου                  | ,013 | ,234  | ,790  | ,049  | ,006  | -,113 | ,056  |
| 18. Έχω αυτο-έλεγχο σχετικά με το φαγητό                      | ,274 | -,557 | ,066  | -,005 | ,125  | ,366  | ,195  |
| 19. Νοιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω                     | ,049 | -,027 | ,160  | ,057  | ,816  | -,088 | -,149 |
| 20. Ξοδεύω πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό                    | ,074 | ,169  | ,824  | -,026 | ,139  | ,077  | ,098  |
| 21. Νοιώθω άβολα όταν τρώω γλυκά                              | ,389 | ,601  | ,179  | ,238  | ,184  | -,061 | -,066 |
| 22. Κάνω δίαιτα                                               | ,458 | ,380  | ,392  | ,100  | ,128  | -,159 | -,140 |
| 23. Μου αρέσει να είναι άδειο το στομάχι μου                  | ,387 | ,003  | ,403  | ,380  | ,217  | ,016  | -,159 |
| 24. Νοιώθω την ανάγκη να κάνω εμετό μετά το φαγητό            | ,162 | -,138 | ,000  | -,044 | ,054  | -,001 | ,780  |
| 25. Απολαμβάνω να δοκιμάζω νέα λιπαρά /παχυντικά φαγητά       | ,025 | ,148  | -,003 | ,924  | ,099  | ,051  | ,047  |
| 26. Απολαμβάνω να δοκιμάζω νέα λιπαρά /παχυντικά φαγητά       | ,018 | -,364 | -,274 | -,181 | -,007 | ,194  | -,560 |

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.